

Å gå på tvers av seg selv

*En studie av affektintegrering hos pasienter
med depresjon*

Helle Bjørklund



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2010

© Forfatter: Helle Bjørklund

År: 2010

Tittel: Å gå på tvers av seg selv. En studie av affektintegrering hos pasienter med depresjon.

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Forfatter: Helle Bjørklund

Tittel: Å gå på tvers av seg selv. En studie av affektintegrering hos pasienter med depresjon.

Veileder: Jon T. Monsen

Denne studien har undersøkt affektintegreringen hos fire pasienter med markant depressiv lidelse (Major Depressive Disorder).

Det ble funnet at alle pasientene var preget av overveldelse og/eller drevethet av affektene skyld og/eller skam og hadde en tendens til å devaluere og fordreie sine egne følelser. Denne devalueringen og fordreiningen så i stor grad ut til å henge sammen med den maladaptive integreringen av skyld- og skamfølelse, men også å være forbundet med at de gjennomgående hadde dårlig integrerte følelser. Pasientene i dette utvalget hadde vansker med både å oppleve og uttrykke egne affekter, men noe større vansker med å uttrykke dem. Overveldende skyldfølelse og dårlig opplevelsesmessig tilgang på sinne, medførte i tillegg vansker med selvhevdelse og å gi uttrykk for sinne.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Dominerende modeller av depresjon	1
1.2	Affektbevissthetsmodellen (ABM).....	3
1.3	Avgrensning og forskningsspørsmål	7
2	Metode.....	9
2.1	Datamateriale, utvalg og utvalgskriterier	9
2.2	Om Affektbevissthetsintervjuet (ABI)	10
2.3	Analyse	11
2.3.1	Analyse på enkeltindividnivå	12
2.3.2	Analyse på tvers av enkeltindivider (gruppenivå).....	15
2.3.3	Tematisk analyse og epistemologi	15
3	Resultater	17
3.1	Global affektbevissthetsskåre	17
3.2	Hvilke følelser er dårligst integrert?	17
3.2.1	Skårer på ubehagelige versus behagelige følelser: Tendens til konfliktunnvikende profil, men ikke konsekvent.....	17
3.3	Vansker med både å oppleve og å uttrykke affekter, men noe større vansker med å uttrykke dem.....	20
3.4	Hvilke følelser ble inkludert i kjernescriptene?.....	21
3.4.1	Skam, skyld, redsel og misunnelse/sjalousi	21
3.5	Skyldfølelse: Overveldelse og drevethet	22
3.5.1	Skyldfølelse i form av overveldelse	22
3.5.2	Skyldfølelse i form av drevethet	23
3.6	Skam: Overveldelse og drevethet	24
3.6.1	Skam i form av overveldelse	25
3.6.2	Skam i form av drevethet	26
3.7	Devaluering av egne følelser	26
3.7.1	Opplevelse av egne følelser som uberettigede/ugyldige	26
3.7.2	Bagatellisering.....	28
3.7.3	Benekting	30
3.8	Fordreining og forsøk på å skjule følelsesuttrykk	31

3.9	Skyldfølelse gjør det vanskelig å vise sinne	36
3.10	Oppsummering av resultatene.....	38
4	Diskusjon.....	41
4.1	Depresjon: en ”skam-/skyld-lidelse”?	41
4.1.1	Skyld og skam: Adaptive signalfunksjoner, typiske aktiveringskilder og opplevelse.....	44
4.1.2	Adaptivt integrert skyld og skam	45
4.1.3	Maladaptivt integrert skyld og skam	45
4.2	Hva kjennetegner integrasjonen av skam og skyld i utvalget med tanke på oppmerksomhetsfunksjoner, toleranse og signalfunksjon, samt ekspressiv kapasitet?	46
4.2.1	Interaksjoner mellom skam og skyld hos pasientene: Et skam-skyld-dilemma?	47
4.3	Den kognitive modellen i et affektbevissthetsperspektiv	51
4.4	Affektbevissthetsmodellens fordeler	53
4.5	Er overveldelse/drevethet av skam og/eller skyld spesifikt for depresjon?.....	55
4.5.1	Skam- og skyldfølelse i andre psykiske lidelser	55
4.5.2	Studier av andre diagnosegrupper med tanke på skam og skyld.....	56
4.5.3	Oppsummering/konklusjon vedr. forskjeller og likheter mellom depresjon og andre diagnoser når det gjelder skam og skyld	58
4.5.4	Pasientenes vansker med å gi uttrykk for sinne	59
4.6	Konklusjon.....	60
	Litteraturliste.....	61
	Vedlegg	66
	-Appendix 1: Kjernescript for pasient A, B, C og D.	
	-Appendix 2: Skåringskriterier, affektbevissthet.	
	-Appendix 3: Diagnosekriterier for markant depressiv episode (DSM-IV)	

1 Innledning

Til tross for at depresjon kategoriseres som en affektiv lidelse og det er all grunn til å anta at affektsystemet er grunnleggende i denne formen for psykopatologi, er det blitt forsket lite på hvilken rolle ulike affekter spiller i depresjon. Det finnes riktignok en del litteratur som påpeker at skam- og skyldfølelse spiller en sentral rolle, noe som også gjenspeiles i DSM-IVs (American Psychiatric Association, APA, 2000) diagnosebeskrivelse av markant depressiv episode, hvor kriterium 7 er *”Følelse av verdiløshet eller overdreven eller upassende skyld (som kan være illusorisk)”* (jfr. appendix 3, diagnosekriterier for markant depressiv episode). Systematiske undersøkelser av affekters betydning for den indre dynamikken ved depresjon, ser imidlertid ut til å mangle.

1.1 Dominerende modeller av depresjon

De dominerende psykologiske modellene av depresjon har fokusert på å utforske kognitive forventninger og attribusjoner, og affekter blir ikke nevnt. Når det refereres til innholdet og strukturen i deprimerte individers indre liv, benyttes dessuten svært globale beskrivelser, som for eksempel ”negativ selvopplevelse”, ”negativ loop”, ”negativ attribusjonsstil”, ”negativ tenkning” og lignende.

De to modellene som har hatt den mest dominerende posisjonen når det gjelder psykologiske formuleringer av depresjon, er Becks kognitive modell (Beck & Alford, 2009) og en revidert versjon av lært hjelpeløshet-modellen (Abramson, Seligman & Teasdale, 1986).

I følge Beck er deprimerte individer fastlåst i en ”negativ loop”, noe som gjør at de ser på seg selv, verden og fremtiden gjennom et negativt kognitivt skjema (Beck, 1967; ref. i Deveney & Deldin, 2006). En viktig antagelse i Becks teori, er at individer som er sårbare for depresjon, utvikler et relativt negativt eller depressivt selv-skjema som, til tross for at det kan ”ligge i dvale” i en viss periode av livet, vekkes/aktiveres av negative livsomstendigheter som er av betydning for individet (Dozois, Westra, Bieling, Patellis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009).

Forskning har gitt støtte for dette synet. Man har funnet at det som betegnes som en negativ kognitiv struktur (særlig for interpersonlig innhold) vedvarer ut over en nåværende depressiv episode og potensielt er en stabil markør for sårbarhet for depresjon (Dozois & Dobson, 2001a; Dozois, 2007; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009) som er i overensstemmelse med Becks teorier (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Dozois & Beck, 2008; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009).

I følge den reformulerte modellen om lært hjelpeløshet, som integrerte den opprinnelige modellen med attribusjonsteori, består sårbarheten hos personer med en tilbøyelighet til depresjon, i en negativ attribusjonsstil. Abramson, Seligman & Teasdale (1978; ref. i Ingram, 1984) argumenterte for at når deprimerte individer mislykkes med noe, fortolker de typisk dette til indre globale og stabile egenskaper ved seg selv, mens når de lykkes attribuerer de det til ytre, spesifikke og ustabile faktorer. Attribusjoner av negative hendelser til indre egenskaper forårsaker en reduksjon i selvaktelse; attribusjon til globale faktorer fører til at personen overgeneraliserer egne mangler på tvers av situasjoner; og attribusjoner til stabile faktorer fører til at disse manglene oppfattes som vedvarende (Abramson, Seligman & Teasdale, 1986).

Til sammen har ovennevnte to teorier gitt opphav til mye forskning som undersøker deprimerte personers forventninger og evalueringer av prestasjoner, deres persepsjon av informasjon fra omgivelsene, gjenkalling av informasjon, kognitive skjevheter (biases) og attribusjoner i forhold til hendelser som oppstår i laboratoriet og naturalistiske settinger (Coyne, 1986).

I en litteraturgjennomgang konkluderte Coyne og Gotlib (1983) med at deprimerte personer har negative, selvbebreidende/selvnedsettende og pessimistiske responser til situasjoner i laboratoriet, hypotetiske situasjoner og faktiske livssituasjoner.

Beck og hans kolleger utviklet også en kognitiv terapi for behandling av depresjon, som i kontrollerte studier har vist seg å produsere en større reduksjon i depressive symptomer, og færre drop-outs og tilbakefall, enn behandling med konvensjonell tricyklisk antidepressiv medikasjon (Rush et al., 1977; ref. i Coyne, 1986).

Kognitiv terapi har vist seg å være effektiv i behandling av depresjon (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Chambless & Ollendick, 2001; DeRubeis & Chrits-Christoph, 1998; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009). Det er imidlertid uenighet om hvilke spesifikke kognitive ingredienser som gjør denne behandlingen så vellykket (For eksempel Barber & DeRubeis, 1989; Garratt, Ingram, Rand & Sawalani, 2007; Segal, 1988; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009). Det er derfor blant annet blitt foreslått at kognitiv terapi bevirker en grunnleggende endring i organiseringen av skjemastrukturen (Hollon, Evans & DeRubeis, 1990; ref i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009), at negativ tenkning blir deaktivert i løpet av behandlingen og/eller at individer med depresjon etter hvert lærer å utvikle sunnere, kompenserende skjemaer (Garratt, Ingram, Rand & Sawalani, 2007; Segal, 1988; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009).

En type evidens som gir støtte for at kognitiv terapi endrer depressive kognitive strukturer, er studier som indikerer at kognitiv terapi har en forebyggende effekt, relativt til farmakoterapi (Dobson, Hollon, Dimidjian, Schmalting, Kohlenberg, Gallop et al., 2008; Evans, Hollon, DeRubeis, Piasecki, Grove, Garvey & Tuason, 1992; Hollon, DeRubeis & Evans, 1996; Hollon, Thase & Markowitz, 2002; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009). Blant annet viser mange studier at kognitiv terapi bevirker ca. halvparten så mange tilbakefall som man finner hos personer behandlet med antidepressiv medikasjon (for eksempel Gloguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009).

Årsakene til de ulike utfallene mellom kognitiv og farmakologisk terapi, er imidlertid ikke forstått og trenger videre utforsking (Dobson & Ottenbriet, 2004; ref. i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009).

1.2 Affektbevissthetsmodellen (ABM)

Affektbevissthetsmodellen representerer et alternativ til modellene presentert ovenfor. Affektbevissthet refererer til det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affekter og individets evne til bevisst å oppfatte, reflektere over og uttrykke disse affektive opplevelsene.

Innenfor Affektbevissthetsmodellen forstås affekter som primære for motivasjon, og som kontinuerlig å påvirke kognisjon og atferd. Det er implisitt i denne tenkningen at affekter har en høy ”status” og at affekter, sansning og kognisjon anses for å samhandle dynamisk (Izard, Stark, Trentacosta & Schultz, 2008). Affekter anses for å ha essensiell signal- og kommunikasjonsverdi, og en grunnleggende antagelse er derfor at individets evne til å nyttiggjøre seg ulike affekters iboende signalverdier, er sentralt for å fungere adaptivt, og dermed for psykisk helse.

Affektbevissthetsmodellen er forankret i Silvan S. Tomkins affekt- og scriptteori (Tomkins, 1962; 1991; 1992; Tomkins & Demos, 1995) og empiriske valideringsstudier og videre teoriutvikling av Izard (1991; 1993; 2007) og Ekman og kolleger (Ekman & Friesen, 1972; Ekman & Oster, 1979). Alle disse representerer et differensielt emosjonsperspektiv, som bygger på antakelsen at det finnes grunnleggende, medfødte emosjoner. Ekman og Friesen (1972) fant at mennesker over hele verden assosierer fotografier av ansiktsuttrykk på samme måte, noe som antyder at emosjonelle uttrykk er innebygde sosiale signaler. Tomkins tenkte seg interaksjonen mellom affekter og kognisjon som ”ideo-affektive” strukturer, der affektenes primære oppgave er å forsterke informasjon, mens kognitive mekanismer f.o.f. har kraft til å bearbeide eller omforme den (Monsen, 1997). Damasio (2001), som har imøtegått filosofen Descartes’ kropp-sinn-dualisme ved hjelp av flere kliniske eksempler på personer med ulike type hjerneskader, har et lignende argument. Han demonstrerte hvordan følelser spiller en kognitiv veilederrolle, og hvordan rasjonalitet derfor krever emosjonell input for å fungere optimalt. Izard (2007) antar at emosjoner organiserer bevisstheten og at selv emosjoner av lav intensitet som man ikke er oppmerksom på, har en kausal innflytelse på individet.

Innenfor Affektbevissthetsmodellen antas det nærmere bestemt at måten affekter er integrert/organisert i et individ, er essensielt for evnen til å nyttiggjøre seg dem. Mangelfull affektintegrasjon antas å spille en sentral rolle ved en rekke former for psykiske forstyrrelser og problemer (Monsen, 1997) fordi dårlig integrerte affekter vil fungere som utydelige selvsignaler, og dermed redusere informasjonen individet får om sin egen tilstand og om andre.

En implikasjon av denne forståelsesmåten er at det er hensiktsmessig at affektaktivering spontant registreres i den umiddelbare bevissthetsstrømmen, slik at individet får nyttiggjort

seg affektenes iboende og motiverende krefter. Individet vil da danne affektive skjemaer som samhandler dynamisk og kontinuerlig med kognitive og perseptuelle prosesser.

Monsen, Melgård og Ødegård introduserte tidlig på 1980-tallet begrepet affektbevissthet som et mål på integrering og organisering av affekt. Videre har de utarbeidet en kvalitativ metode for å kartlegge affektorganisering eller script.

Scriptbegrepet er hentet fra Tomkins teori, og ligger nært opp til det kognitive begrepet skjema, slik dette ble definert av Piaget (se for eksempel Berk, 2003). Det dreier seg med andre ord om en spesifikk psykologisk struktur, eller faste mønstre i måter et individ, organiserer og sine opplevelser og erfaringer på. Begrepet refererer derfor til et strukturelt nivå av personlighetsorganisering (Monsen, 1997). En viktig forskjell mellom skjemabegrepet innen kognitiv psykologi og begrepet script slik det brukes her, er imidlertid at ved dannelsen og opprettholdelsen av script, tillegges affektsystemet sentrale funksjoner. Tomkins så på affektsystemet som å ha en sammenbindende kraft (fusion power). Han anså at affekter fungerer som et slags ”psykisk lim”, noe som innebærer at følelser får en sentral betydning ved koding og lagring av informasjon (Tomkins, 1995). I Tomkins personlighetsbegrep er script sentrale ettersom en persons organisering av affekt og kognisjon vil påvirke vedkommendes varhet for inntrykk og måte å bearbeide og tolke erfaringer (Monsen, 1997).

Monsen og kolleger har definert og operasjonalisert affektbevissthet som grad av oppmerksomhet, toleranse, emosjonell- og begrepsmessig ekspressivitet på følgende 9 affekter: interesse, glede, frykt, sinne, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (i den seneste versjonen av Affektbevissthetsintervjuet inngår imidlertid affektene avsky og forakt i tillegg, slik at det nåværende ABI totalt inneholder 11 affekter). Operasjonaliserte skalaer fanger graden av affektintegrering på ovennevnte fire aspekter.

Et hensiktsmessig script for en følelse vil virke regulerende på en måte som gjør at personen kan kjenne følelsen i ulike sammenhenger, merke at den aktiveres rent kroppslig og mentalt (oppmerksomhet), la den virke på seg og fungere som et selvsignal som kan brukes adaptivt (toleranse), og gjøre at vedkommende kan tre frem og vise følelsen direkte (emosjonell ekspressivitet) eller fortelle andre om den (begrepsmessig). Monsen gir et eksempel på dette illustrert ved følelsen interesse: en adaptiv utforming her vil gjøre at personen for eksempel kjenner kribling eller hjertebank og at han/hun blir engasjert (oppmerksomhet), at følelsen virker mobiliserende eller gjør at personen blir revet med. Den vil da fungere som et signal til

vedkommende om at noe er viktig for ham/henne og virke adaptivt i retning av å utforske og holde ut med vanskelige oppgaver (toleranse). Kommunikasjonsmessig (emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet) vil det føre til at personen viser/uttrykker interesse på en måte som vanligvis fremmer dialog (Monsen, 1997).

Det finnes også script som er maladaptive. Denne typen script kalte Tomkins for *kjernescript* ("nuclear script").

Tomkins brukte også begrepet *kjernesener*, som er erfaringer som har fått som har fått en sentral plass i utformingen av et individs kjernescript. Et eksempel på en slik kjernesener som kommer frem i det intervjumaterialet som denne studien er basert på, er "pasient C", som fortalte at mens hun i 14-årsalderen var på sin første ferie sammen med venninner, fikk hun telefonbeskjed om at moren var kommet på sykehus fra en skrekkslagen storesøster som trodde moren var i ferd med på å dø. C forteller at søsterens skrekk har sittet i henne siden, og bl.a. aktiveres når telefonen ringer. Det å få en slik beskjed mens man slapper av og har det godt på ferie, er så å si oppskriften på det Tomkins mente potensielt utvikler en kjernesener: Det dreier seg om at en god scene (ha det fint på ferie) snus til å bli en dårlig scene (få vite at mor er i ferd med å dø).

Et kjernescript er, nærmere bestemt, et forsøk på å reversere en slik scene (kjernesenen) som er blitt veldig dårlig, slik at den blir god igjen. Kjernescriptet kan derfor sees som individets løsningsforsøk. Imidlertid dreier det seg om et løsningsforsøk som, selv om det opprinnelig kan ha vært adaptivt, ikke lenger er det. For Cs vedkommende, for eksempel, viser datamaterialet at når redsel aktiveres i henne, håndterer hun det typisk gjennom bl.a. å devaluere affekten og si til seg selv at "*dette er tull*". Dette gjør hun tilsynelatende i et forsøk på å berolige seg selv, og man kan forestille seg at det, i den opprinnelige scenen, den gangen hun fikk beskjeden om at moren hennes holdt på å dø, var hensiktsmessig for henne å si til seg selv at det ikke kunne være slik, for eksempel for å mobilisere nok ressurser til å ordne praktiske ting rundt hjemreise etc. For C ser det imidlertid ut til at det å bagatellisere er blitt en generalisert måte å forholde seg til redsel og andre ubehagelige følelser på. Dermed får hun ikke brukt affektenes adaptivt motiverende signalfunksjon, og resultatet er at hun ikke får dekket sine egne behov. Dette er et eksempel på et løsningsforsøk som er blitt et problem og representerer en form for beredskap som fører til at vedkommende ender opp med å repetere kjernesenen. Tomkins antok at gjennom en prosess han kalte analog formasjon, vil en scene som har visse fellestrekk med kjernesenen, oppleves som velkjent for individet (minner om

kjernesceen), og derfor vekke det samme mønsteret av affektaktivering og affektorganisering. På den måten blir kjernescriptet også stadig utvidet og generalisert, slik at det vil bli aktivert i flere og flere situasjoner. Kjernescriptet blir personens mest presserende, uløste problem.

Innenfor Affektbevissthetsmodellen antas det at dårlig integrerte affekter vil dominere et individs kjernescript og medføre det Monsen betegner som *brudd i selvopplevelsen*, dvs. sviktende selvoppmerksomhet, manglende opplevelse av sammenheng mellom kropp og sjel, og usikkerhet og tvil om egne erfaringer. Dette skjer fordi manglende oppmerksomhet og toleranse for affekten, gjør at individet ikke klarer å representere affekten, men i stedet blir overveldet/drevet av den.

Ettersom høy grad av affektbevissthet er forbundet med god psykisk helse, mens mangelfull affektintegrasjon spiller en sentral rolle ved en rekke former for psykiske forstyrrelser og problemer (Monsen, 1997), har Monsen og kolleger også utviklet en terapimodell - Affektbevissthetsterapi - som har som hovedfokus å bedre integreringen og organiseringen av affekter.

I tillegg til å være forankret i Tomkins teori og det differensielle emosjonsperspektivet, er det teoretiske og empiriske bakteppet for Affektbevissthetsmodellen, tilknytningsteori (se for eksempel Bowlby, 1969; 1973; 1980; 1988), forskning på tilknytning og tilknytningsatferd (se for eksempel Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Smith, 2002; Berk, 2003), spedbarnsforskning (se for eksempel Stern, 1997; 2002; 2003) og moderne psykodynamisk utviklingsteori, særlig objektrelasjonsteori, selvpsykologi og interpersonlig teori (se for eksempel Karterud & Monsen 1997; Monsen, 2000; Stolorow & Atwood, 1992).

1.3 Avgrensning og forskningsspørsmål

Denne studien er en undersøkelse av affektorganisering hos pasienter med depresjon. Prosjektet er en del av en større studie der flere studenter under veiledning av Jon T. Monsen, skal undersøke affektorganisering i ulike diagnostiske grupper.

Spesifikt ble det undersøkt hvilke grunnleggende affekter som var spesielt problematiske for informatene i dette utvalget, og som således lot til å spille en sentral rolle i deres respektive kjernescript.

I oppgaven drøftes det hva som kjennetegnet disse individenes evne til integrasjon av problematiske følelser med hensyn til oppmerksomhetsfunksjon, toleranse og signalfunksjon, samt ekspressiv kapasitet.

Videre drøftes det hvorvidt funnene i denne studien kan antas å være spesifikke for depresjon.

Det argumenteres for betydningen av å fokusere på affekter i forståelsen og behandlingen av depresjon, og for fordelene med å studere differensierte affekter fremfor å studere mer globale affektive systemer.

2 Metode

2.1 Datamateriale, utvalg og utvalgskriterier

Datamaterialet i dette prosjektet består av transkriberte Affektbevissthetsintervjuer (ABI) med fire personer, tre kvinner og en mann i alderen 28-43 år, som på intervjutidspunktet var diagnostisert med depresjon (major depressive disorder/markant depressiv lidelse) som hoveddiagnose. I tillegg hadde de en komorbid akse I-lidelse, hhv. panikk med agorafobi, dystymi og, hos to av informantene, somatoform smertelidelse. Diagnose og komorbiditet ble vurdert i henhold til DSM-IV-kriterier og ved hjelp av kliniske diagnostiske intervjuer (SCID I og SCID II).

Data er hentet fra en stor norsk multisenterstudie – Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi (Havik et al., 1995). Som et prosjekt i Multisenterstudien ble i alt 160 polikliniske pasienter ved flere distriktpsikiatriske enheter intervjuet med bl.a. Affektbevissthetsintervju før, underveis i og etter behandling med affektbevissthetsterapi. De intervjuene som denne analysen er basert på, ble foretatt ved behandlingsstart.

Pasienter som ønsket å delta i undersøkelsen signerte et skriftlig akseptformular. Etisk godkjenning ble den gang gitt av Regionaletisk komité (REK) før innsamlingen av data startet. Intervjuerne var erfarne kliniske psykologer med spesiell opplæring for formålet.

Komorbiditet er regelen snarere enn unntaket når det gjelder depresjon, og i overensstemmelse med dette fantes det i denne databasen ingen pasienter som kun hadde diagnosen MDD. Ut fra et ønske om en ”renest” mulig diagnosegruppe, er utvalget derfor gjort ut fra prinsippet lavest mulig komorbiditet. Alle med komorbid personlighetsforstyrrelse (Akse-II-lidelser) ble ekskludert. I tillegg ble pasienter med komorbid spiseforstyrrelse og rusavhengighet ekskludert fordi slike lidelser ofte kommer i forgrunnen av en depresjon. Komorbiditet i form av generalisert angstlidelse og sosial fobi ble ekskludert fordi andre studenter i prosjektet Affektorganisering og psykopatologi har undersøkt pasienter med disse lidelsene. Dette har til hensikt å styrke sammenligningspotensialet mellom studiene. Imidlertid har to av informantene som sagt en komorbid somatoform smertelidelse. En annen student (Ulstein, 2010) undersøkte affektintegring i denne diagnosegruppen. Det var nødvendig å inkludere to informanter med denne tilleggsdiagnosen for å komme opp i et

antall på fire individer med kun to en komorbid diagnose. Fire informanter kan anses som et akseptabelt antall i en inngående, eksplorerende kvalitativ analyse.

2.2 Om Affektbevissthetsintervjuet (ABI)

Affektbevissthetsintervjuet er et semistrukturert intervju med en tilhørende skåringsskala, Affektbevissthetsskala (ABS), utviklet av Monsen og kolleger for å utforske aspekter ved affektintegrasjon. Disse skalaene er administrert av et skåringsteam, og metoden har vist akseptabel reliabilitet. Affektbevissthetsbegrepets validitet støttes av data med hensyn til både indre struktur og korrespondanse med eksterne kriterier (Solbakken, Hansen, Havik og Monsen, 2010).

Affektbevissthet blir definert som grader av:

Oppmerksomhet: Personens evne til å gjenkjenne og legge merke til sine egne affektive reaksjoner.

Toleranse: a) Virkningen affekten forårsaker, b) håndteringen av dette, og c) om affekten har signalverdi for personen.

Emosjonell ekspressivitet: Evnen til å utvise klare, vedståtte og nyanserte affektuttrykk.

Begrepsmessig ekspressivitet: Evnen til å artikulere egne affektopplevelser.

I intervjuet blir man stilt spørsmål relatert til ovennevnte fire aspekter (oppmerksomhet, toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet) ved affektbevissthet på ni affekter: Interesse/iver, glede, redsel/frykt, irritasjon/sinne, skam/sjenanse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalousi, skyldfølelse/dårlig samvittighet og ømhet/hengivenhet (i den siste versjonen av ABI inngår 11 affekter).

For å få svar som kan skåres, stilles det visse standardiserte spørsmål. Intervjuer kan imidlertid utdype, avhengig av pasientens svar.

Typiske spørsmål som stilles til hvert av aspektene:

-Oppmerksomhet: Hvordan kjenner du at du er/har [aktuell følelse] ?

-Toleranse: a) Hvordan virker denne følelsen på deg? b) Hva gjør du med den? c) Kan denne følelsen fortelle deg noe av betydning?

-Emosjonell ekspressivitet: Hvordan er det for deg å vise andre at du er/har [aktuell følelse]? Hva tror du ville skjedd dersom du viste at du var/hadde (aktuell følelse)? Hva er en typisk måte for deg å vise at du er/har [aktuell følelse]?

-Begrepsmessig ekspressivitet: Hvordan er det for deg å fortelle andre at du er/har [aktuell følelse]? Hva er en typisk måte for deg å fortelle andre at du er/har [aktuell følelse]?

Hvert intervju blir bedømt med i alt 36 skårer (9 affekter multiplisert med 4 aspekter av affektbevissthet) på operasjonaliserte skalaer med ni trinn, der 9 er høyeste skåre. Skåre under 5 indikerer grader av uintegrert affekt på det aktuelle aspektet.

2.3 Analyse

Intervjuene, som er dokumentert ved videoopptak, ble transkribert av innleide sekretærer som var instruert til å lage en ordrett nedtegnelse, uten at ikke-verbale uttrykk som sukk og pauser skulle tas med.

Analysemetodene ligger på to nivåer: a) Eksplorerende kvantitativ analyse for å undersøke variasjon og fellestrekk i utvalget og b) inngående kvalitativ analyse og identifisering av script (Monsen & Monsen, 1998). Scriptprosedyren består av følgende steg: Først identifiseres separate script for hver av de 9 affektene i ABI hos hver enkelt informant (within-case analysis). Deretter sammenlignes alle affektene (script for hver enkelt følelse) hos hver informant m.h.t. fellestrekk og variasjon over de ulike affektkategoriene og affektbevissthetsaspektene. Ut fra dette blir kjernescript identifisert. For å undersøke fellestrekk og variasjon på gruppenivå (across-case analysis), sammenlignes til slutt kjernescript på tvers av informantene (se Mason, 2002, og Miles & Huberman, 1994, for forklaring av forskjellen mellom disse analysetypene i kvalitativ forskning).

Ut fra dette vil en kunne danne hypoteser med hensyn til en eventuell sårbarhetsmodell hos personer med depresjon.

I det følgende gis en detaljert beskrivelse av trinnene i analysen:

2.3.1 Analyse på enkeltindividnivå

1. Utarbeidelse av script for hver affekt hos den enkelte pasient

Først ble hvert intervju grundig gjennomlest flere ganger og oversikt over det viktigste tematiske innholdet for hver affekt ble identifisert.

Scriptskjemaet er organisert i kolonner som korresponderer med aspektene ved affektbevissthetsbegrepet: Scener, oppmerksomhet, toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet.

I scriptskjemaet blir viktig dynamikk som indikerer ulike sekvenser innen og på tvers av disse aspektene, notert ved hjelp av følgende tegn:

X = kobling: to affekter aktiveres på en slik måte at opplevelsen av en affekt er blandet med en annen affekt.

∞ = Fusjon: når personen ikke klarer å skille mellom to affekter.

\neq = Brudd: opplevelsen av at en affekt forsvinner, enten umiddelbart, ved at andre affekter får figur, eller gjennom ulike håndteringsstrategier.

$\neq \mathbf{O}$ Brudd med overveldelse: personen beskriver å miste sammenheng i selvopplevelse ("tomhet" eller drevethet), men hvor oppmerksomhet for affekten i seg selv ikke er brutt.

\updownarrow = Konflikt: to meningsenheter i personens beskrivelser representerer konfliktfylt innhold, eller vedkommende forsøker eksplisitt å unngå/dempe/skjule/endre sensasjon, virkning eller uttrykk av en affekt.

$\downarrow / \leftarrow / \rightarrow$ = Sekvens: viser sekvensiell rekkefølge av meningsenheter innenfor/mellom aspekter.

Hovedbegrunnelsen for denne visuelle presentasjonen av de affektive scriptene er at den letter søk etter viktige mønstre som indikerer patologisk fungering og slik bidrar til å identifisere hver deltagers kjernescript (dvs. primære affektive problem). Den letter også det senere across-case-søket etter fellestrekk og variasjon ved affektorganiseringen.

Skåringsskalaene og -kriteriene

Ved hjelp av operasjonaliserte skåringskriterier, ble hver affekt også skåret på to opplevelsesaspekter, oppmerksomhet og toleranse, og to uttrykksaspekter, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet (se Monsen, Monsen, Solbakken & Hansen, 2008).

Skåringsskalaen spenner fra 1-9, der 1 er lavest og indikerer svært dårlig fungering. Alle skårer under 5 ses som indikasjon på patologisk eller konfliktfylt organisering.

I de fire påfølgende avsnittene blir det redegjort for hva skåre 1-4 impliserer på hver av aspektene.

På *oppmerksomhet* innebærer skåre på nivå 2 brudd i oppmerksomhetsfunksjonen. Personen kan enten ikke merke kroppslige/mentale affektsignaler, eller oppgir kun signaler som er irrelevante for den aktuelle følelsen. Ved skåre på nivå 3 kan personen velge ut følelsen, men fokuserer uklart eller blander sammen med andre følelser. Skåre på nivå 4 betyr at oppmerksomheten er begrenset til kun ekstrem intensitet av en følelse, eller til svært sjeldne og uvanlige anledninger.

På *toleranse* innebærer skårer på nivå 2 affektbrudd (som imidlertid ikke skjer umiddelbart, slik som ved avspaltning), overveldelse eller utagering. Personen blir enten lammet av eller ”offer for” følelsen, eller styrt/drevet av følelsen uten å ha viljemessig kontroll, slik tilfellet for eksempel vil være ved et panikkangstanfall. Det kan også dreie seg om en ukontrollert avsporing fra følelsen, som ved dissosiasjon. Nivå 3 er en mer kontrollert undertrykkelse av en affekt, der personen kan innrømme at følelsen virker i seg og tåler den i en viss grad, eller kan la følelsen virke på seg når vedkommende er alene, men der personen undertrykker den eller får et affektbrudd ved andres tilstedeværelse. Skåre på nivå 4 innebærer ambivalent, ujevn toleranse for følelsen. Personen kan noen ganger la den aktuelle følelsen virke på seg med en adaptivt motiverende virkning, men blir andre ganger overveldet eller undertrykker den.

På *emosjonell ekspressivitet* innebærer skårer på nivå 2 avbrutt eller kun intenst og unyansert uttrykk. Det kan dreie seg om at personen avbryter påbegynt uttrykk eller at vedkommende utagerer/drives av følelsen uten kontroll. Det kan også dreie seg om at andre følelser dominerer uttrykket. Skårer på nivå 3 innebærer en lav (utydelig) grad av vedtåthet, der personen forsøker å fordreie/forstille, bremse eller intellektualisere uttrykket. Nivå 4 innebærer ambivalent eller konfliktfylt uttrykk. Personen kan noen ganger kan vedstå seg

uttrykket med minst et tydelig kjennetegn på hvordan den aktuelle følelsen uttrykkes, eller vedkommende vedstår seg følelsen kun når intensitetsnivået av følelsen er høyt.

På *begrepsmessig ekspressivitet* innebærer skåre på nivå 2 avbrutt eller kun intenst og unyansert uttrykk. Personen begynner for eksempel å snakke om noe annet, eller uttrykket er preget av utagering/drevethet uten kontroll. Det kan også dreie seg om at personen uttrykker følelsen kun unntaksvis eller indirekte. Skåre 3 her innebærer grov kateorisering/indirekte uttrykk, sammenblanding med andre følelser, sjablongaktig begrepsbruk eller fordreining/forstillelse. Skåre 4 innebærer ambivalens, slik at personen noen ganger uttrykker den aktuelle følelsen verbalt og tydelig i relasjon til den personen det gjelder, men vanligvis venter til senere. Det kan også dreie seg om at følelsen vedstås kun ved høy intensitet.

Lave skårer på oppmerksomhet betyr altså vansker med å merke en følelse, identifisere hvilken følelse det er og skille den fra andre følelser (kroppslige og mentale kriterier). Lave skårer på toleranse innebærer vansker med å la en følelse virke inn på seg (virkning) eller fungere som et selvsignal (signalfunksjon) og bruke signalet adaptivt (håndtering). På uttrykksaspektene betyr lave skårer vansker med å vedkjenne seg en affekt og å vise (emosjonell ekspressivitet) og fortelle om den verbalt (begrepsmessig ekspressivitet) på en tydelig, direkte måte (typisk uttrykk), noe som innebærer vansker med å representere seg selv og gjøre seg forstått av andre (Se Appendix 3 for en fullstendig oversikt over de graderte skalaene og skåringskriteriene).

Scriptskjemaene ble både utarbeidet og skåret av undertegnede etter opplæring av veileder Jon T. Monsen, stipendiater og forskningsassistenter med kompetanse i metoden. For å kvalitetssikre skårene, ble scriptene også skåret av en av forskningsassistentene i prosjektet Affektorganisering og psykopatologi. Interrater-reliabiliteten var høy, dvs. det var aldri mer enn 1-2 skåringspoengs forskjell i vurderingene. I de tilfellene hvor det var slike avvik, diskuterte vi oss frem til konsensus om de endelige skårene.

Affektbevissthetsskårene ble brukt som en indikasjon på hvor man kunne lete etter sentrale temaer i et kjernescript. Spesifikke affekter, eller spesifikke aspekter av affektbevissthet med lav gjennomsnittsskåre, ble gitt særlig oppmerksomhet i kjernescriptanalysen, der disse henviser til uintegrert forhold til egen affekt. Det ligger i sakens natur at skårene gjenspeiler det kvalitative innholdet. I dette utvalget var det imidlertid gjennomgående lave skårer og dels ubetydelige forskjeller i skårene på ulike affekter, og det er ikke slik at de affektene med aller

lavest skårer, alltid var de som ble inkludert i et kjernescript. Til syvende og sist er det affektens ”ladning”, som er avgjørende for dette. Med ”ladning” siktes det da til at det ser ut til å spille en sentral rolle i individets motivasjonelle og perspetuelle stil.

2. Identifisering av kjernescript for hver pasient

På bakgrunn av den foregående analysen av enkeltfølelser (affect-for-affect-analysis), ble det identifisert kjernescript for hver deltager.

Det ble skrevet oversikter over affektorganiseringen hos hver deltager. Siste trinn i denne analysen av enkeltindivider (within-case) var identifiseringen av kjernescriptet i et kjernescripts kjema. Ved identifisering av kjernescript vektlegges de affektene som er dårligst integrert og som har mest ”ladning” hos det enkelte individ.

2.3.2 Analyse på tvers av enkeltindivider (gruppenivå)

Etter at analysen av enkeltindivider beskrevet ovenfor var ferdig, startet søk på tvers av deltagerne etter hva som kjennetegnet affektorganiseringen. Hovedmålet i denne fasen av analysen var å undersøke om det fremkom fellestrekk eller stor variasjon i deltagernes identifiserte affektive problemer.

2.3.3 Tematisk analyse og epistemologi

I denne studien benyttes tematisk analyse, slik den er beskrevet av Braun & Clarke (2006). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere de mønster (temaer) man finner innefor et datamateriale. Tematisk analyse er forenlig med både essensialistiske og konstruksjonistiske paradigmer, og kan grovt deles inn i to leire, henholdsvis metoder som er bundet til, eller stammer fra, et bestemt teoretisk eller epistemologisk posisjon, og metoder der forskeren anser seg selv som uavhengig av teori og epistemologi.

Et viktig prinsipp med tematisk analyse, er at forskeren gjør sine (epistemologiske og andre) antagelser eksplisitte (Holloway & Todres, 2003; ref. i Braun & Clarke, 2006). Den teoretiske rammen og metoden man benytter vil prege både hva man ser etter og hvordan man fortolker

det man finner. I denne forstand er ”data” ikke uavhengig av forskeren, men oppstår i møtet mellom forskeren og den ”virkeligheten” man studerer.

Både Affektbevissthetsmodellen og denne studiens inngående analyser av enkeltpasienters script, har mye til felles med fortolkende fenomenologisk metode (IPA), slik denne er blitt beskrevet av Smith (2004). Mens Smiths metode er strengt induktiv, er imidlertid analysen i denne studien preget av en mer teoridrevet tilnærming: Følelsesfenomener er allerede kartlagt og operasjonalisert i Affektbevissthetsmodellen. Dette innebærer at forskeren har en mer aktiv rolle i møtet med materialet. Temaer trer ikke bare frem ”av seg selv”, men utvelges og forstås i innenfor rammen av forskerens førforståelse og teoretiske premisser, inkludert de metodene som benyttes for innsamling og analyse av datamateriale. Allikevel er det selvsagt egenskaper ved materialet, hva informantene som deltok i denne studien forteller, som gir innhold og mening. ”Høflighet overfor virkeligheten” (Teigen, 2005) er et grunnleggende krav i all forskning, og i den forstand er også denne studien induktiv. Denne kombinasjonen av mer deduktiv og induktiv metode, er i tråd med grunnprinsipper for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

Når det gjelder de teoretiske premissene i denne studien, er ett av dem kombinasjonen av en kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Dette innebærer en implisitt grunnholdning om at det ikke er noen motsetning mellom biologiske og kvantifiserbare fenomener, og kvalitativ utforskning av subjektiv opplevelse. Det antas snarere at et slikt skille representerer en falsk motsetning som hemmer utvikling av mer presis kunnskap (Crawford og Valsiner, 2002). Det er ikke uvanlig i tematisk analyse å kombinere kvantitativ og kvalitativ metodikk. I tråd med ovennevnte epistemologi, vil både kvantifiserte skårer og fenomenologiske analyser bli gjengitt i resultatdelen.

I innledningen av oppgaven ble det redegjort for den øvrige teoretiske forståelsesrammen for denne undersøkelsen.

3 Resultater

3.1 Global affektbevissthetsskåre

Den gjennomsnittlige globale affektbevissthetsskåren i dette utvalget, er 3.22, med et spenn fra 2.50 til 3.94 mellom de individene som hadde lavest og høyest global skåre. Dette betyr altså at disse pasientene gjennomsnittlig befinner seg mellom nivå 2, som indikerer affektbrudd, og nivå 4, som indikerer ambivalens.

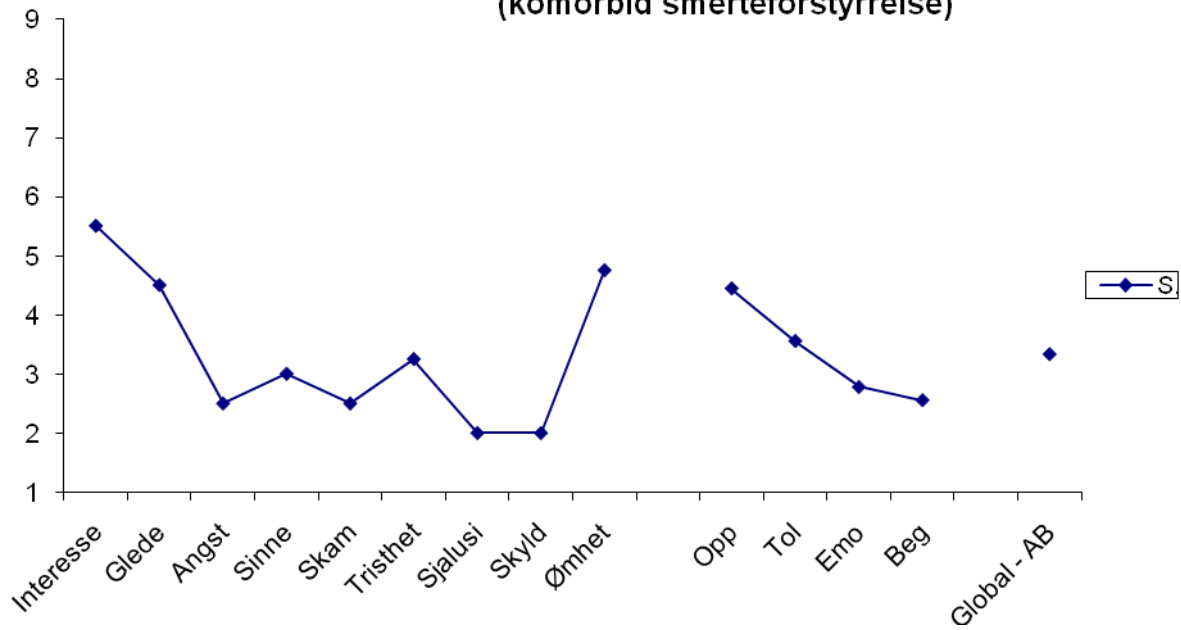
3.2 Hvilke følelser er dårligst integrert?

3.2.1 Skårer på ubehagelige versus behagelige følelser: Tendens til konfliktunntvikende profil, men ikke konsekvent

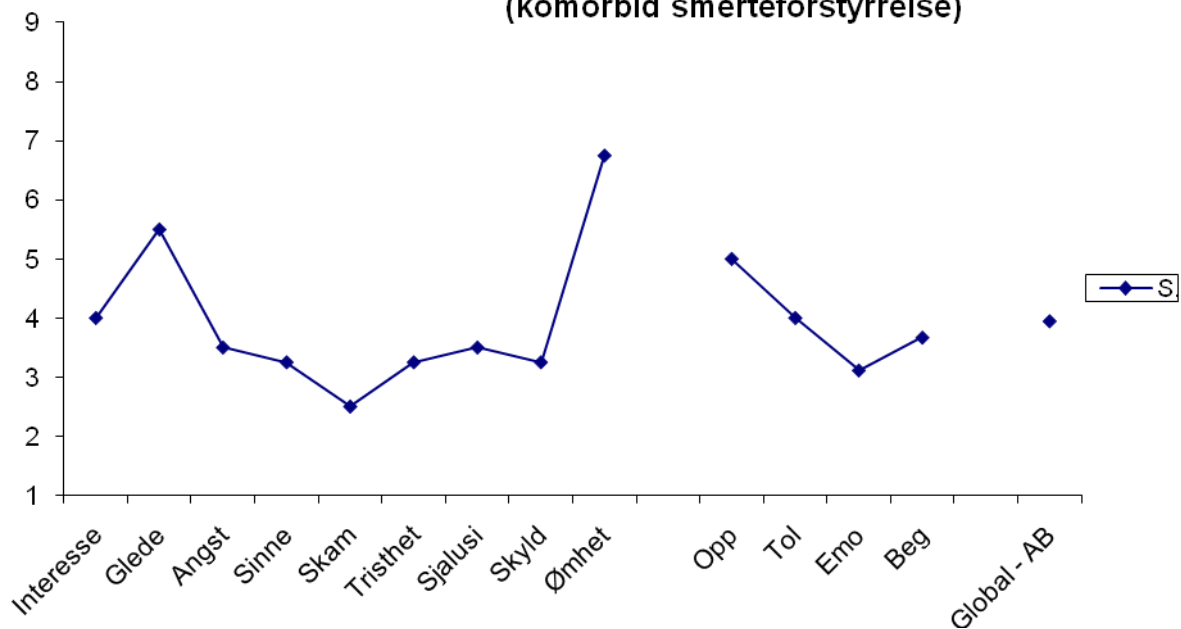
Alle disse fire pasientene har gjennomsnittlig lavere skårer på de ubehagelige enn på de behagelige affektene. I likhet med skårene på ubehagelige affekter, er imidlertid skårene på de behagelige, gjennomgående ganske lave. Med unntak av ett tilfelle, pasient Ds skåre på ømhet (6.75), skåret alle under 6 på behagelige affekter. På gruppenivå er gjennomsnittet 2.70 på ubehagelige affekter og 4.28 på behagelige. Når det gjelder ubehagelige affekter befinner de seg med andre ord gjennomsnittlig på et nivå som indikerer brudd, mens når det gjelder de behagelige affektene, befinner de seg gjennomsnittlig på et nivå som impliserer ambivalens.

Lavere skårer på ubehagelige enn på behagelige affekter, er imidlertid ikke et konsekvent funn i dette utvalget. To av pasientene, C og D, skåret høyere på samtlige behagelige affekter enn på ubehagelige, dvs. hadde en ren *konfliktunntvikende profil*. D skåret imidlertid bare litt høyere på interesse enn hun gjorde på flere av de ubehagelige affektene. Se figur 1 og 2 på neste side.

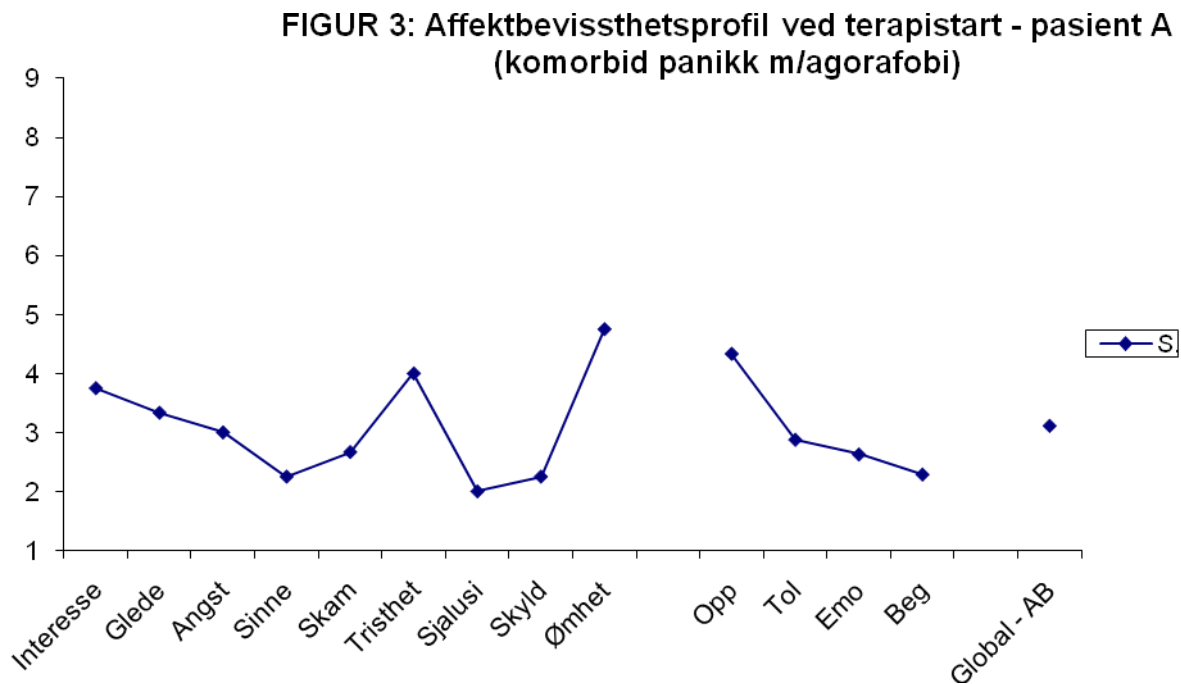
**FIGUR 1: Affektbevissthetsprofil ved terapistart - pasient C
(komorbid smerteforstyrrelse)**



**FIGUR 2: Affektbevissthetsprofil ved terapistart - pasient D
(komorbid smerteforstyrrelse)**

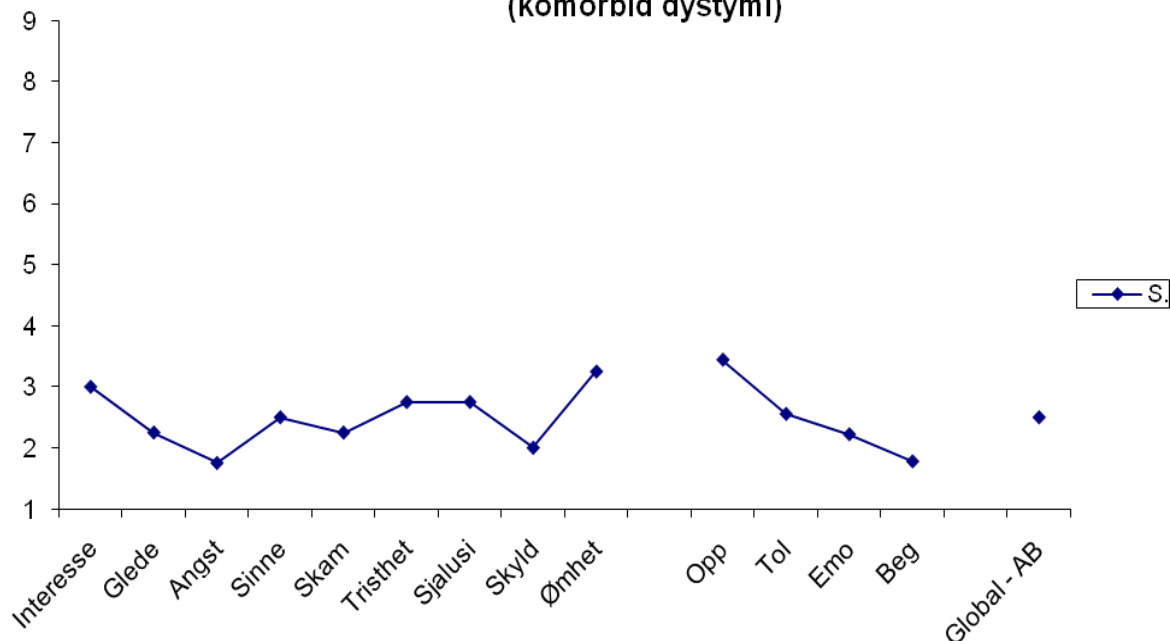


Pasient As profil tenderer også mot konfliktunnvikelse, men hun skåret lavere på både interesse og glede enn hun gjorde på tristhet. Se figur 3 nedenfor.



Hos pasient B er forskjellen i skårer mellom ubehagelige og behagelige affekter ubetydelig. Skåren hans på glede (2.25) er lavere enn på både sinne (2.50), tristhet og miunnelse/sjalusi (2.75), og den samme som på skam (2.25). Selv om han skåret noe høyere på interesse og ømhet enn på samtlige ubehagelige affekter, kjennetegnes hans profil av å være ganske flat. Se figur 4 på neste side.

**FIGUR 4: Affektbevissthetsprofil ved terapistart - pasient B
(komorbid dystymi)**



På individnivå var det svært små forskjeller i gjennomsnittlige skårer mellom de forskjellige ubehagelige affektene. På det meste var spennvidden på 2 skåringspoeng, nærmere bestemt hos pasient A, som fikk skåre 2.00 og 4.00 på henholdsvis den lavest (misunnelse/sjalusi) og høyest integrerte ubehagelige følelsen (tristhet). På gruppenivå spenner skårene på ubehagelige affekter fra 1.75 på det laveste (pasient B på redsel/angst) til 4.00 på det høyeste (pasient A på tristhet).

På individnivå var det også små skåringsforskjeller mellom de forskjellige behagelige affektene. Den største forskjellen finner man hos pasient D, som hadde en spennvidde på 2.75 skåringspoeng mellom interesse (skåre 4.00) og ømhet (skåre 6.75). På gruppenivå var det større variasjon mellom skårene på ulike behagelige affekter. Nærmere bestemt varierte det her mellom 2.25 (pasient B på glede) og 6.75 (pasient D på ømhet).

3.3 Vansker med både å oppleve og å uttrykke affekter, men noe større vansker med å uttrykke dem

Som det fremgår av figur 1-4 ovenfor, indikerer skårene at alle pasientene i dette utvalget har vansker med både å oppleve (oppmerksomhet og toleranse) og å uttrykke (emosjonell og

begrepsmessig ekspressivitet) affekter. Det er imidlertid gjennomgående at de har noe større vansker med å uttrykke dem.

På opplevelsesaspektene er skårene lavere på toleranse enn på oppmerksomhet hos samtlige i utvalget. Når det gjelder uttrykksaspektene er skåren lavere på begrepsmessig enn på emosjonell ekspressivitet hos alle unntatt pasient D.

Vanskene med å oppleve egne affekter innebærer at de har vanskelig for å identifisere (oppmerksomhet) og tåle dem og bruke affektens adaptivt motiverende virkning (toleranse). Selvforståelsen blir da uklar ettersom følelsesopplevelser er uklare. De aktiveres av affekter og kommer i alarm, men de har dårlig kontakt med hva deres egen motivasjon er. Aktivering av affekt er selvsignaler og reaksjoner på hendelser, og disse pasientene aktiveres og påvirkes av dem, men de har dårlig kontakt med hva deres egen motivasjon er. Følelsesopplevelsene blir da i stedet overveldende eller fører til affektbrudd. Personene opplever et tap av mening, og mister mer eller mindre både fornemmelsen av hvem de er og en opplevelse av kontroll. Da blir det også vanskelig å representere eller vedstå seg egne opplevelser, noe som medfører vansker med å uttrykke dem og kategorisere dem begrepsmessig.

3.4 Hvilke følelser ble inkludert i kjernescriptene?

3.4.1 Skam, skyld, redsel og misunnelse/sjalousi

De affektene som er dårligst integrert og som har mest ”ladning” ved at de ser ut til å være sentrale i individets motivasjonelle og perspetuelle stil, ble inkludert i kjernescriptene. Hos pasient A fremkom skam og skyld som viktigst; hos pasient B var det skam, redsel og skyld; hos pasient C var det skyld, redsel og misunnelse/sjalousi; og hos pasient D skam og skyld.

Skyld og skam ble altså inkludert i samtlige fire kjernescript. Videre går redsel igjen i to , mens misunnelse/sjalousi er representert i ett.

Kjernescriptene for hver av de fire pasientene, er presentert i skjemaform i Appendix 2.

I det følgende presenteres hovedfunnene som kom frem av den kvalitative, tematiske analysen. Disse funnene oppsummeres, og illustreres til slutt visuelt i form av en mulig sårbarhetsmodell for depresjon.

3.5 Skyldfølelse: Overveldelse og drevethet

Alle fire pasientene i dette utvalget beskriver enten å være overveldet eller drevet av skyldfølelse, og skyld ble vurdert som en sentral følelse i kjernescriptet til samtlige.

3.5.1 Skyldfølelse i form av overveldelse

To av pasientene i utvalget beskriver å være overveldet av skyldfølelse.

Pasient B: ”Tenke på alt jeg skulle ha gjort i stedet for å gjøre det”

Pasient B beskriver sin overveldelse slik:

”Jeg har jo hatt et hus i 13 år, og mye av energien min gikk for det meste å gå og tenke på hva, alt jeg skulle ha gjort i steden for å gjøre det. Store problemer med å få unna ting. Så da gikk der å kverna da rundt i huet på deg, med dårlig samvittighet. Så det ble til slutt til ei mare”.

Pasient D: ”En evig runddans i skyldfølelse”

Pasient D forteller (emosjonell ekspressivitet) om en tilstand av ekstrem overveldelse av skyld:

”Hva er skyldfølelse? For meg så er det en sånn...diffus masse som bare er der, som du ikke kan få tak i. Og når du ikke kan få tak i den, så kan ikke du verken vise det eller fortelle det”.

Hun beskriver hvordan hun strever med å skille mellom skyldfølelse hun har og ikke har grunn til å ha, og hun har selv en hypotese om hvorfor skyld er så overveldende for henne:

”jeg tror den sitter så fast og er så grunnleggende, fordi at jeg fikk den for noe som ikke var...en reell grunn. Jeg vet nå at det ikke var noen reell grunn, men jeg visste ikke da [...]”.

På det sceniske aspektet forteller hun at hun har skyldfølelse for:

”Alt og ingenting. Det er en svær følelse som på en måte tar tak i hele meg. Og jeg holder på å ende her. Alt! Og alt. [...]. Jeg får dårlig samvittighet for alt!” Å gud, kanskje jeg har sagt noe dumt” [...] og jeg kan gå gjennom samtaler om og om igjen, ”gud, var det dumt sagt?”, og får dårlig samvittighet for at jeg ikke strekker til som mor... som kjerring, som...ja, det meste. Den er enorm! [...]. Den er der nesten hele tiden. [...]. Det er et sånt evig... evig runddans. Så den vet jeg ikke hvordan jeg skal komme meg ut av. [...]. Og det er på en måte en følgesvenn som går ved meg. Av de følelsene vi har tatt med nå, så er det den som er der mest konstant”.

(Kommentar til siste setning i sitatet ovenfor: I manualen for Affektbevissthetsintervjuet, er skyldfølelse den nest siste følelsen man blir intervjuet om).

3.5.2 Skyldfølelse i form av drevethet

Tre av pasientene (A, C og D) beskriver det som kan defineres som å være drevet av skyldfølelse.

Pasient A: ”Det virker som det alltid er jeg som tar feil”

For A sin del, gir dette seg utslag på det interpersonlige planet, i form av en overdreven tendens til å be om unnskyldning:

”Jeg prøver å be om unnskyldning ganske fort igjen. For da føler jeg meg fæl. Og da angrer jeg liksom med en gang”.

Dette gjør hun til tross for at:

”Noen ganger føler jeg nok at jeg egentlig ikke skulle ha bedt om unnskyldning fordi jeg hadde rett. Men så er jeg redd for å såre eller gjort det andre mennesket vondt, så det blir til at jeg ber om unnskyldning. Tenk om det skjer noe med det mennesket så jeg aldri får bedt om unnskyldning. Av en eller annen grunn, når det gjelder i hvert fall familien min, virker det som det alltid er jeg som tar feil; som om hvis jeg ikke ber om unnskyldning så er det ingen som gjør det. Da er jeg redd for at noen går rundt og er sinte på meg. Jeg tror jeg er veldig redd for at folk skal være sinte på meg.”.

Pasient C: ”Jeg har store ører og hører på de andres behov”

Pasient C forteller at hun helt siden oppveksten har følt seg styrt av skyld og av andres behov, og at hun tror hennes fungering som voksen henger sammen med dette: *”Jeg tror nok at jeg har blitt styrt en del av dårlig samvittighet”*. På scenisk nivå kommer det frem at hun får skyldfølelse av å *”Tenke på meg selv, gjøre noe sånn at det er rett for meg”* fordi hun *”har store ører og hører på de andres behov”*, og under toleranse beskriver hun hvordan hun drives til handling for å imøtekomme disse: *”Hvis noen ytrer et ønske, er jeg litt for flink til å prøve å gjøre sånn at det blir greit. [...] Sånn action-greie: ’da må vi gjør noe for å stille det der behovet da’.”*

Pasient D: ”Jeg strekker meg langt utenfor grensene der kroppen sier fra at jeg ikke burde gjøre ting. Jeg gjør det allikevel”

Pasient D gjør bevisste anstrengelser for ikke å bli drevet av sin skyldfølelse. Dette gjør hun ved å tenke gjennom om hun har grunn til å ha føle skyld før hun eventuelt ber om unnskyldning (begrepsmessig ekspressivitet): *”Det kan hende jeg må gå noen runder med meg selv først, for det er ikke alltid det skjer med en gang. For jeg må være sikker på at jeg på en måte gjør det rett og har kontroll”*.

Ut over muligens å oppleve en viss kontroll og valgfrihet når det gjelder hva hun uttrykker rent verbalt, beskriver hun imidlertid en manglende opplevelse av agens, som så å si får henne til å kjøre seg selv i grøfta: *”Jeg strekker meg langt utenfor grensene der kroppen sier fra at jeg ikke burde gjøre ting. Jeg gjør det allikevel”*. Hun sier at forstrekkelsen gjør at hun blir *”dårlig”* (dvs. syk, sengeliggende), noe som ser ut til å opprettholde og/eller forsterke skyldfølelsen: *”Så får jeg dårlig samvittighet for det også”, for ”At jeg ligger på sofaen, i senga, og det er helt reelt at jeg er dårlig, jeg er syk. Når ungene kommer hjem fra skolen og de skal møte en mor som ligger i senga”*.

3.6 Skam: Overveldelse og drevethet

Tre av pasientene (A, B og D) beskriver å være enten overveldet eller drevet av skam. Selv om denne affekten ikke ble inkludert i kjernescriptet til pasient C, var imidlertid skam svært dårlig integrert også hos henne (jfr. figur 1, s. 19). Skåringsmessig skilte hun seg heller ikke

ut fra resten av utvalget på skam. Gjennomsnittsskåren hennes på skam (2.50) var den samme som hos pasient D, noe lavere enn hos pasient A (2.67), og litt høyere enn hos pasient B (2.25). SI Grunnen til at skam allikevel ikke ble vurdert som sentral i kjernescriptet hennes, er at integreringen hennes av skyldfølelse så ut til å være ”dekkende” for hvordan hun forholdt seg til skam, dvs. å inkludere skam i kjernescriptet ble i hennes tilfelle vurdert som ikke å tilføre viktig informasjon.

3.6.1 Skam i form av overveldelse

To av pasientene (A og B) beskriver at de er overveldet av skam.

Pasient A: ”Jeg er veldig redd for at andre skal se på meg at det er noe galt med meg”

Pasient A fremstår som ”fanget” i sin egen skamfølelse. Sjenanse og skam ser ut til å utgjøre en sentral del av hennes identitet, det vil si, hun opplever nærmest å gå i ett med skammen:

”Det gjør meg jo veldig tilbakeholden, liksom. Jeg føler meg håpløs, liksom, eller utilstrekkelig i og med at jeg, at jeg ikke... Ja, at det er så vanskelig å gjøre noe med den følelsen liksom[...]. Kan bli veldig sjenert fordi at... Eller jeg er veldig redd for at andre skal se på meg at det er noe galt med meg, ikke sant, og den følelsen er jo veldig vanskelig å gjøre noe med, liksom. [...]. Tenkt sånn siden jeg var bitte liten. Så det har liksom blitt som en del av meg. Vanskelig å gjøre noe med det, liksom.”(toleranse).

Pasient B: ”Jeg prøver å ikke stikke meg fram noe særlig”

Også for B ser sjenanse ut til å være knyttet til identitetsfølelsen. På spørsmål om hva som kan få ham til å føle seg sjenert eller skamfull, ser svaret hans ut til å være en beskrivelse av noe han opplever som et personlighetstrekk. Det virker som det å være ”synlig” for andre, generelt, gjør ham sjenert:

”Jeg prøver å ikke stikke meg fram noe særlig. Jeg vil liksom være en som er litt tilbake. Og...Hvis jeg blir dratt fram på en eller annen slags måte, så føler jeg meg ikke vel. Det gjør jeg ikke”.

3.6.2 Skam i form av drevethet

En av de tre pasientene hvor skam ble inkludert i kjernescriptet, beskriver å være drevet av skam.

Pasient D: ”Jeg sørger for at ting er så perfekt som mulig”

Pasient Ds overveldelse av skam (se forrige punkt), ser også ut til å medføre at hun drives til handlinger for å prøve å unngå følelsen:

”Den er... den tror jeg er ganske grunnleggende.[...]. [V]eldig stor følelse, og jeg bruker en del energi og krefter på å... [...] holde huset i orden, at ikke noen skal ha noe å utsette... på meg, på oss... ja. Ja, jeg tror, jeg tror at det er en følelse som på en måte har... en stor plass i livet mitt.[...]. Og det er ikke noe jeg har lyst til å ha, men det er på en måte noe som er der. Og veldig redd for å... man er redd for at noen skal ha noe å utsette på meg, at det... det... det jeg har gjort ikke er bra nok, så jeg må sjekke... altså... for jeg synes det er så ekkelt, jeg blir så skamfull hvis det er noen... kritiserer meg, altså (uklart)”.

Under toleranse beskriver D nærmere hvordan skamfølelse driver henne. På spørsmål om hva følelsen får henne til å gjøre, svarer hun:

”Den får meg til å... at dette her ”be perfect”, det er viktig.[...]. Sørger for at ting er så perfekt som mulig”.

3.7 Devaluering av egne følelser

Tre av pasientene, A, B og C, beskriver det som kan betegnes som at de devaluerer egne følelser.

3.7.1 Opplevelse av egne følelser som uberettigede/ugyldige

To av de fire pasientene i utvalget (A og B) beskriver devaluering av følelser i form av en manglende tiltro til deres berettigelse eller gyldighet.

Pasient A (tristhet): "Det er bare jeg som misforstår eller meg det er noe galt med"

Pasient A opplever at det er noe galt med henne når hun gir uttrykk for det hun refererer til som "negative følelser". Dette kommer frem under scener på tristhet i intervjuet:

P: *Også fortvila fordi at jeg har prøvd å sette ord på noen av de negative følelsene, så er det liksom jeg som har misforstått eller det er meg det er noe med, liksom. Og det gjør meg fortvila fordi at... Eller det får meg til å innse at de alltid kommer til å tenke at det er jeg som... At når jeg føler det sånn at det er jeg som lager problemene på en måte eller at...*

T: *Hm.*

P: *Ja. At det er meg det er noe med, liksom.*

T: *At de andre sier det.*

P: *Ja, altså, familien min da, liksom.*

T: *Hm.*

P: *At... (Uklart) familiesituasjonen som gjør meg trist, liksom.*

T: *Ja. Hm.*

P: *Ja. Når jeg prøver å snakke om det, før, så er det jo bare jeg som misforstår eller det er meg liksom som det er noe galt med, liksom.*

Følelsen av at det er noe galt med henne hvis hun uttrykker "negative følelser", indikerer også at hun opplever dette som skamfullt.

As forsøk på å dødgjøre tristhet, eller hennes følelse av at noe er galt med henne hvis hun prøver å snakke om "noen av de negative følelsene", ser også ut til å spille en sentral rolle når det gjelder hennes depresjon. På spørsmål om hva hun gjør når hun føler tristhet (toleranse) svarer A at "Da har jeg lett for å bli deprimert".

Pasient B (sjalusi): ”Er det bare jeg som oppfatter det feil eller er det litt riktig de tinga som jeg føler?”

Misunnelse/sjalusi ble ikke inkludert i pasient Bs kjernescript, men kommenteres allikevel her.

I likhet med pasient A, virker B veldig usikker på om hans egne følelser har gyldighet. Under misunnelse/sjalusi forteller han om en kjæreste som stadig flørter med andre. Det virker ikke som han er i tvil om hva kjæresten faktisk gjør. Han er derimot i tvil om hans sjalusi er berettiget, om det er riktig av ham å ta sin egen følelse på alvor. Her forteller han om hvordan han prøver å finne ut av dette gjennom å snakke med kamerater om hvorvidt han har grunn til å reagere på det kjæresten gjør (begrepsmessig ekspressivitet):

P: For det er så vondt, at jeg føler at det hjelper meg en del. Å høre hva andre synes om de tinga som jeg har erfart med hu da. At dem må uttala seg om de tinga. Om det er bare jeg som oppfatter det feil, eller dem óg oppfatter at... at det er litt riktig de tinga som jeg føler.

T: Så det er positivt å kunne snakke om det og få tilbakemeldinger?

P: Ja, syns det. Det har kanskje gjort meg enda mer usikker i forhold til hu.

T: Hmm. At du har fått litt støtte på det at..?

P: At jeg kanskje har hatt grunn til å reagere.

3.7.2 Bagatellisering

Pasient C (redsel): ”Jeg sier til meg selv at ’Dette er tull’”

En annen form for devaluering av egne følelser som ble funnet, var bagatellisering. I intervjuet beskriver C en kjernescene og forteller hvordan hun med ”intellektet” forsøker å ta kontroll over følelsen redsel (scener):

P: Jeg har, jeg har en fortid i det at... jeg holdt på å miste mammaen min [...]. [J]eg lurte på om jeg var en 14 år eller noe sånt, tror jeg, første gang jeg var på ferie med noen andre venner, og så... fikk jeg telefon. Og så skulle jeg ringe og snakke med de hjemme, og så var det søsteren min som tok telefonen, og hun var kjemperedd, for da var mamma sendt på

sykehuset, og hun, og søsteren min som var mye eldre enn meg, hun var, altså, man ser opp til henne og sånn... ja, hun var voksen og jeg var unge da, og, og da hørte jeg at hun var kjemperedd, og hun var sikker på at mamma skulle dø, da.

T: Ok.

P: Ja, og den skrekken hennes, som tok meg veldig den gangen, den har sittet sånn i at hver gang telefonen ringte... ikke hver gang, men ganske ofte, når telefonen ringer, da "åh, det blir (uklart)".

T: Nei, akkurat.

P: Ja, så det er helt konkret.

T: Så du blir litt engstelig da, sånn, ja.

P: Så når en vet at noen er syk eller sånne ting, redd for å miste noen en er glad i, sånn, det er en sånn konkret... ja. Og det, jeg vet hvor jeg har det fra også. Det er sånn at... hvis noen blir for sen hjem, så kan jeg faktisk (uklart). Ja, ja, litt sånn...

T: Ja, litt engstelig. Litt engstelig for det, ja.

P: Sånn. Ja, men ikke noe som plager meg, jeg har kontroll over det og sånn... Intellektet tar deg.

Der pasient A og B betvilte berettigelsen/gyldigheten av egen følelse, ser det hos C ut til å handle mer om at hun prøver å overbevise seg selv om at følelsen hennes ikke er berettiget i et forøk på å berolige og trøste seg selv:

P: Altså, mitt hode sier da, når telefonen ringer, for eksempel... altså, da sier jeg til meg selv, 'det er ingen som lever lenger med å engste seg', altså, det, du misbruker energi, altså, det sier hodet mitt. 'Du misbruker energi her, det er dumt, altså'. For det er en veldig, det er en sløsende... så sant at det ikke er reelt, du går og engster deg for noe som ikke er reelt. Og det er misbruk. Så det sier hodet mitt til meg, og det prøver jeg å si til meg selv. Nei, jeg liker ikke den, fordi den er fremkalt av, la oss si en ulykke, noen ting som er, noen som er skadd, for eksempel.

T: Men, men kan du innrømme for deg selv at du har følelsen når du er redd.

P: *Ja, det gjør jeg vel, i og med at jeg går og sier til meg selv 'nå...', altså, 'dette her er tull'.*

T: *Hm. Ja.*

P: *'Det går bra', sånn.*

3.7.3 Benekting

Det ble også funnet devaluering av egen i form av benekting. Pasient C benekter følelser av misunnelse og sjalusi og ekskluderer seg selv fra sosiale situasjoner for å prøve unngå at disse følelsene skal aktiveres.

Pasient C (misunnelse/sjalusi): "Jeg vil ikke være misunnelig fordi det er nok til alle"

C forteller at hun unngår å omgås personer som har familien sin i samme by fordi det minner henne for mye om det hun selv savner:

"[J]eg har hatt en mamma som har vært syk siden jeg var liten, så jeg har aldri hatt den der voksne [...], den å kunne gå til og spørre, aldri som jeg har opplevd.[...]. Så oppi mitt hode, da, de siste årene, så har jeg, så kjenner jeg at jeg har trengt veldig mye, den der, da snakker jeg om denne... visdommens kilde, den, altså, den... den er jeg så usikker på, skulle så gjerne hatt noen å snakket med og spurt og... kanskje veiledning og, visst at det var... det er jo lurt å vise, for det ville være... kloke og vise og glupe ting.[...]. En mor, kan du si, en mor i den her, hvis vi da er sammen med noen har mye... i en by der vi ikke har familie, ikke noe mor og sånn, og da...da kjenner jeg at det er sånn... det er sånn, at det er ekkelt. Det er faktisk sånn at noen ganger, at jeg føler jeg ikke takler det, rett og slett.[...]. [D]et gjør meg mye bedre å være sammen med mennesker som... som, kan du si, er i samme livssituasjon, der de ikke har masse familie rundt seg".

Til tross for dette, er misunnelse eller sjalusi en følelse hun mener ikke gjelder henne: *"Jeg mener at jeg ikke har det"*.

Det kommer frem at hun har bestemt seg for ikke å være misunnelig:

"jeg vil ikke være misunnelig fordi at det er nok til alle".

Ut fra kjernes scenen C beskriver, opplever hun et dypt savn etter en mor som kunne ivereta henne på en annen måte enn hun gjorde. Hun fastholder allikevel at hun ikke er misunnelig på dem som har det hun manglet (begrepsmessig ekspressivitet):

T: *Men kunne du sagt [...] "jeg er misunnelig på dere som har mor og far i nærheten, som kan besøke de". Er det noe du...*

P: *Nei men at, for jeg ville ikke brukt det ordet. Jeg klarer ikke identifisere... du bruker det, men jeg klarer ikke, jeg klarer ikke helt å identifisere at det er det... det er det, da. Sånn... klare å ha sagt det... Jeg ville sagt "å gud, ja, dere er så heldig som har familie". [...]. [N]år noen sitter der og puster og peser, for eksempel, når at... åh, nå (uklart), sant, åh... så er det kanskje noe jeg kunne ha opplevd med mamma (?), at... ja, at... 'dere skulle visst at dere er heldig'. [...] Men... misunne deg da, det ville jeg aldri ha sagt. Ikke at jeg er sjalu heller. For oppe i mitt hode, så er det noe annet, skjønner du.*

Hun devaluerer også misunnelse/sjalousi fullstendig som følelse(r). Beskrivelsen hennes indikerer at misunnelse/sjalousi er noe skamfullt for henne og at hun tror det ville være noe galt med henne dersom hun følte sjalousi. Her ser det også ut til å være en kobling til forakt:

"Sjalousi er for meg kun negativt. Det er en sånn... sykelig, sier jeg... kanskje, det er fagfolk som skal høre og som skal se det her. [...]. [D]et er så negativt og så skadelig, og kun mørke i deg".

3.8 Fordreining og forsøk på å skjule følelsesuttrykk

Pasient A (tristhet): "Må prøve å late som ingenting"

På spørsmål om hun viser tristhet til andre, svarer pasient A (emosjonell ekspressivitet):

"Nei, da må jeg bare prøve å, holdt på å si late som ingenting eller prøve å bære over med det som skjer hjemme liksom, for at hvis ikke, så blir det enda mer bråk og enda mer uro, liksom.[...]. Må bare prøve, (uklart), så må jeg prøve å liksom stenge alle de vonde følelsene inni meg på en måte".

As forstillelse ser ut til å handle om at hun opplever egne "vonde følelser" som uberettigede/ugyldige. Jfr. det hun sier under punkt 3.7.1 ovenfor om at når hun prøver å

snakke om slike følelser med familien, får hun en opplevelse av at hun misforstår eller at det er noe galt med henne.

Når det gjelder As tendens til forstillelse, kan det også bemerkes at hun forteller at hun føler ømhet i situasjoner som er det motsatte av å late som ingenting. Nærmere bestemt skjer dette når hun opplever et godt forhold til samboeren sin, noe hun sidestiller med at *"Vi snakker om alt. At ikke noe gnager"*.

Pasient B (glede): "Jeg er vel kanskje ikke sånn utad som det jeg kanskje føler meg innvendig"

Glede ble ikke inkludert i pasient Bs kjernescript, men kommenteres allikevel her som et av flere eksempler på hvordan B forstiller seg.

Han forteller at det er sjelden han er glad og at det er mye som skal til for å gjøre ham glad, og beskriver hvordan han anstrenger seg for allikevel å fremstå som glad utad (emosjonell ekspressivitet):

"Jeg viser....men det er akkurat som at, jeg må liksom vise, altså han skal være glad i gitte situasjoner.[...]. At andre forventer at du burde vært glad, vise følelser. Virkelig vise at du er fornøyd og at du er glad.[...]. Altså, jeg hører jo det av andre folk at dem oppfatter meg som, sånn på jobben og sånn, som en positiv person. At jeg er blid og sanne ting. Det får jeg tilbakemeldinger på, så.... Jeg er vel kanskje ikke sånn utad som det jeg kanskje føler meg innvendig. Kanskje jeg klarer, vet ikke, han speller jo roller, itte sant".

Pasient B (redsel): "Kjenner det innvendig – prøver å skjule det utvendig"

B forteller også om forstillelse på redsel (scener):

"Kjenner det innvendig sjøl om jeg prøver å skjule det utvendig".

På spørsmål om han tror det allikevel hender at det synes på ham at han er redd, svarer han bekreftende, men eksempelet han bruker handler da om et *mislykket forsøk* på forstillelse,

nærmere bestemt på sin tidligere arbeidsplass, hvor han ble mobbet, og ikke alltid klarte å leve opp til sitt eget ideal om å ”glise med” dem som mobbet ham:

”Ja, noen ganger så synes det. Hvis det er sånn, sånn... kollektiv mobbing f.eks., altså på en arbeidsplass er det jo..., men det har jeg veldig vondt for å takle [...] .Og da kan det synes at jeg er, ja du klarer jo ikke å glise, ikke sant, med de andre, altså ta deg sjøl, og hvis det rett og slett går på sånn ondskap som.... dette kan variere veldig det da fra gang til gang åssen form man egentlig er i”.

Bs forstilling ser ut til å handle om at han ikke stoler på andre og om redsel for å bli angrepet. Han er redd for *”å ha folk rundt meg som jeg føler jeg ikke kan stole på”* og når det gjelder kjæresten sin er han redd for *”hva slags person jeg egentlig er i lag med”*. Videre er han redd for *”at folk blir sinte på meg”, ”hvis det går på meg, meg som person”, ”kollektiv mobbing”* og *”Situasjoner der jeg føler meg trua. Angrep. Fysisk angrep”* (scener).

Han forteller hvordan han opplevde situasjonen på sin tidligere arbeidsplass:

”For det var jo sjølsagt, itte sant, at det var noen som sikkert forstod dette der og, det er jo omtrent som fluer itte sant, å klare å finne et høl i skjoldet ditt itte sant, så prøve å angripe”.

Pasient B (tristhet): ”Jeg sier at jeg er sliten. Da høres det ikke så dramatisk ut”

Et annet eksempel på forstilling hos B, er på tristhet. På begrepsmessig ekspressivitet, forteller han hvordan han uttrykker tristhet når han snakker med kjæresten sin:

”Ja, ja. Har vel kanskje skifta ordlyd på akkurat det. For når jeg sier det, så blir hu trist og lei seg. Hun trur at det er noe gærnt, så jeg sier at jeg er sliten. Da høres det ikke så dramatisk ut”.

Pasient D: ”Alt er min feil. Hvis jeg bare hadde vært annerledes...”

Hos pasient D er det å skjule følelser og forstille seg et gjennomgangstema. Å ikke vise hva hun føler, er sentralt i hennes håndtering av de fleste ubehagelige følelser.

Hun forteller hvordan hun, helt siden hun var liten, har bestrebet seg på å være annerledes enn hun er (skyldfølelse, toleranse):

"[J]eg tror at... at jeg på en måte, av en eller annen grunn, trodde at kanskje det hadde noe med min feil at mamma drakk, at hvis jeg var annerledes, eller hvis jeg var veldig snill med henne, eller gjorde det eller sånn, og, at hun da kanskje ikke skulle drikke. Og at... og så, og så drakk hun likevel, på en måte, samme hva jeg gjorde, samme hva jeg sa [...]".

Kun skam og skyld ble inkludert i Ds kjernescript, men her illustreres hennes forstillelse med eksempler fra redsel, skam og tristhet.

Pasient D (redsel): "Jeg vil ikke belemre andre med mine problem"

En form for fordreid uttrykk hos D, synes å være hennes handlekraft når hun er redd. Under emosjonell ekspressivitet forteller hun at hun tror hun fremstår som mer selvsikker når hun egentlig er "skikkelig redd" eller "så redd at hun har lyst til å springe derfra":

"Jeg tror ikke egentlig jeg viser så mye det. Fordi at jeg blir så... jeg blir mer aktiv, jeg blir mer handlekraftig, kanskje jeg virker mer selvsikker enn jeg egentlig er, skikkelig redd.[...]. Jeg liker ikke å vise andre at jeg er redd".

Også på det verbale planet later D som om hun ikke er redd, selv om hun er det, gjennom å si (begrepsmessig ekspressivitet) ting som at

"'Neida, det går bra', liksom, og sånn, og... fordi at de ikke... jeg skulle til å si, jeg vil ikke belemre andre med mine problem".

De eneste D kan uttrykke redsel verbalt overfor, er barn:

"... hvis det er sånn som med ungene, at de kanskje ikke kommer hjem når de skulle og jeg begynner å bli skikkelig redd for at nå er noe skjedd, og når de da kommer hjem, da kan jeg fortelle de at jeg har vært så redd! [...]. Men hvis at det er sånn... sånn redd og redd inni meg [...] som ikke henger på en spesiell situasjon [...], er det greit å ha det mer for meg selv".

Også overfor barn hender imidlertid at hun fordreier det at hun er redd, ved i stedet å si at hun er sint (begrepsmessig ekspressivitet): "Jeg er sint nå fordi at jeg bryr meg om dere".

Pasient D (skam): ”Jeg tror jeg er en ganske god skuespiller akkurat på det området ”

Fordreining av følelsen kommer også frem på skam (emosjonell ekspressivitet):

På spørsmål om noen kan se det på henne når hun er skamfull, svarer hun:

”Jeg vet ikke, jeg tror jeg er en ganske god skuespiller akkurat på det området”.

Til tross for at hun, som vist ovenfor, hadde svært vanskelig for å vise sinne *når hun er sint*, forteller hun imidlertid at hun kan vise sinne når hun føler skam (emosjonell ekspressivitet):

”Jeg... altså, hvis det er sånn at, sånn i forhold til mannen min, at jeg er sur for at han har gjort ting sånn at jeg ble flau over han og sånt noe, så kan jeg bli sint på han. Det kan jeg. Men ellers så er ikke det en følelse som jeg liksom går rundt og viser. Det er på en måte en veldig privat følelse, personlig følelse”.

På lignende måte som vi så ovenfor at hun noen ganger sa til barna sine at hun er sint når hun var redd, fordreier hun altså noen ganger skam med sinne overfor mannen sin.

Pasient D (tristhet): ”Jeg kan spille veldig bra skuespill der også”

Pasient D beskriver forstillingen også på tristhet (emosjonell ekspressivitet):

”Der har jeg et lite problem. Kjenner at det er motstand mot å vise. Jeg kan spille veldig bra skuespill der også. Nei, den er min”.

Hun klarer heller ikke å snakke om sin tristhet med utgangspunkt i egen faktiske følelse. Kun i situasjoner hvor hun tenker at det er akseptabelt å være trist ut fra konvensjonelle retningslinjer, kan hun uttrykke det verbalt (begrepsmessig ekspressivitet):

”Altså, det spørres litt hva det er. Rett etter at pappa døde, var det veldig naturlig å si at jeg var trist og lei meg. men når det var gått tre måneder og jeg var minst like trist og lei meg og fortvilt, da fikk jeg på en måte ikke til det lenger. For jeg var redd for at andre skulle sagt ’nei, ærlig talt, nå er det tre måneder siden, nå må du begynne å leve, nå må du komme deg forbi dette her’, redd for at de skulle begynne med ’nå må du ta deg sammen’. Så da orket jeg

ikke å si det. Det er min sorg. Hvis de ikke skulle ta min sorg på alvor, er det bedre å være stille om det”.

Bortsett fra å uttrykke tristhet hun tenker er konvensjonelt akseptabel, er det kun overfor barna sine hun kan uttrykke følelsen. Uttrykket ser dessuten da ut til å være en fordreining av sinne/skuffelse:

”Vet du, nå er mamma skikkelig lei seg fordi at jeg trodde du visste bedre enn dette her”.

Dette er altså nok et eksempel på at D gir uttrykk for å føle noe annet enn hun faktisk føler.

3.9 Skyldfølelse gjør det vanskelig å vise sinne

Tre av pasientene (A, C og D) har vansker med å uttrykke sinne og/eller å være selvhevdende fordi de blir overveldet av skyldfølelse.

Pasient A: ”Jeg er så redd jeg skal såre eller gjøre noen andre vondt”

A forteller at for å kunne gi uttrykk for sinne, er hun avhengig av at *”noen eventuelt prøver å dra ut av meg hva som er i veien da. Da liksom kan jeg få satt ord på det, men ikke, ikke før det, liksom”.*

Grunnen til at det er så vanskelig for henne å uttrykke denne følelsen, ser ut til å være at det gir henne skyldfølelse:

”Jeg er så redd jeg skal såre eller gjøre noen andre vondt, liksom. Og det blir liksom farlig å sette ord på det.”.

Denne koblingen mellom sinne og skyldfølelse kommer også frem når hun intervjues om skyld/dårlig samvittighet. Hos pasient A er det å bli sint på noen, den eneste scenen på skyldfølelse.

Pasient C: ”Jeg har rollen som snill jente”

Pasient C beskriver at det å ”si fra”, ”ta plass” og ”sette grenser” er veldig vanskelig for henne. Hun forteller om forstillelse på sinne i form av å spille rollen som snill jente (scener):

”Det er en følelse som jeg nok sikkert... ikke er så veldig flink på. Sånn generelt. [...]. [D]et er noe jeg har måttet øvd med på siden jeg har blitt voksen. Det er å sette grenser og si 'nei, vet du, det her greier ikke jeg, det her går ikke jeg med på'. Så det har jeg måttet øvd meg på, da. [...]. Litt snill jente, da. Ja. Sånn, rolle, spille, være...”

Kun overfor barn, når hun kan rettferdiggjøre sinnet sitt med barneoppdragelse og disiplinering, kan hun vise sinne:

”Men, da blir det, hvis ungene er... hvis det er noen som er slem med hverandre for eksempel, sånn, skikkelig altså, da, da blir jeg... sånn. Men det er streng... men, altså, da blir jeg sint fordi at liksom... hva i alle dager, sånn. Det er vel den nærmeste typen sinne, ja, som jeg kan komme.[...]. Det er litt sånn at jeg må nesten lete. Hva gjør jeg... nei, da må jeg tenke på det at jeg blir sint fordi at... (uklart)... jeg må hjelpe dem i en sånn disiplinsituasjon. Fordi det, på en måte, det kjenner jeg. I andre situasjoner blir det sikkert kanalisert ut i andre ting. Og da, hva tenker jeg da, når jeg skal... da tenker jeg, ja, fordi da blir det en sånn handling, målrettet, her må jeg hjelpe, jeg må hjelpe og rydde opp så ingen skader seg, og sånn, da blir det denne... Kanskje derfor jeg takler det, fordi da er jeg inne på det at jeg måtte handle, det blir på en måte ut å handle. Her må jeg ut og handle og fikse. [...].Altså, i den nisjen der at... den der fikse/ordnenisjen, altså, da er det greit. Da er det der, og så blir det sånn... ellers så er jeg en sånn konfliktunnviker”.

Pasient D: ”Jeg skulle ønske jeg kunne være rundere”

Pasient D forteller at det varierer litt hvorvidt hun viser sinne eller ikke.

Dels ser det ut til å være en enten - eller (toleranse):

”Av og til så går jeg og knytter meg, og holder igjen og holder igjen og holder igjen, og... og sånn, og, av og til så smeller det av, og liksom, tenker jeg 'oppriktig talt, nå er det nok!’”

Dels varierer det med situasjonen/kontekst. Under emosjonell ekspressivitet forteller hun:

”Altså, det er... hjemme og... mann og unger, der er det lettere å vise, men faktisk, når jeg går utenfor døra... utenfor utgangsdøra, så blir det med en gang mye vanskeligere å vise”.

Også når det gjelder Ds vansker med å uttrykke sinne, handler det om å unngå skyldfølelse.

Hun forteller at hun *”kan kjefta tilbake og sånn”*, men *”det er i alle fall ikke noe god følelse, for jeg får så ofte dårlig samvittighet. [...]”*(toleranse).

Hun sier for eksempel under toleranse:

”Jeg kjenner dette her med dårlig samvittighet igjen. (Uklart). Jeg tror det er ofte det som holder meg igjen. Selv om på en måte jeg vet at jeg har rett og jeg kunne ha vist det, så... så hindrer den dårlige samvittigheten i meg å vise sinne”.

Selv om hun *”kan kjefta tilbake og sånn”*, er det veldig vanskelig for henne. Under signalfunksjon på toleranse kommer dette tydelig frem:

”[J]eg må være, på en måte, helt sikker på at jeg... at jeg har helt rett før... for å bli skikkelig sint, og vise det”.

Hun synes å ha et ideal om å være annerledes enn hun er (oppmerksomhet):

”[...]. Jeg skulle ønske at jeg kunne... være rundere [...]”.

Konklusjonen hennes blir gjerne (emosjonell ekspressivitet):

”Nei, det nytter ikke, og så kommer jeg bare til å få dårlig samvittighet. (Uklart). Altså, dårlig samvittighet styrer veldig mye av livet mitt”.

3.10 Oppsummering av resultatene

Felles for de fire informantene i denne studien er at de er overveldet og/eller drevet av skam og/eller skyld. Dette er uløselig knyttet til deres respektive, individuelle kjernescript.

Pasient A:

As kjernescript kan oppsummeres med formuleringen *”Det er noe galt med meg. Det virker som det alltid er jeg som tar feil”*:

A devaluerer sine egne følelser som uberettigede/ugyldige, noe som gjør henne redd for å vise *”vonde følelser”*. Derfor fordreier hun følelsesuttrykk og prøver å late som ingenting. Dette får henne til dødgjøre tristhet. Hun prøver å stenge alle vonde følelser inni seg, og hun blir tilbakeholden og deprimert.

Pasient B:

Bs kjernescript kan oppsummeres med formuleringen ”*Jeg prøver ikke å stikke meg fram noe særlig. Jeg vil liksom være en som er litt tilbake*”.

B er redd for å bli angrepet hvis han eksponerer seg for andre. Derfor fordreier han følelsesuttrykk, prøver å skjule seg selv og holder seg tilbake. Dette impliserer også at han, i stedet for faktisk å få gjort ting, bare blir gående og tenke på alt han ikke fikk gjort, noe som opprettholder og forsterker både skam og skyldfølelse. Dette synes å være hans vei inn depresjon.

Pasient C:

Cs kjernescript kan oppsummeres med formuleringen ”*Jeg har store ører og hører på de andres behov*”.

C opplever sine egne behov som truende. I forsøk på å berolige og trøste seg selv, devaluerer hun egne følelser/behov ved å bagatellisere og benekte dem. Hun opprettholder på den måten en tilstand hvor hun ikke får dekket sine egne behov for anerkjennelse og bekreftelse. Dette ser ut til å holde henne fast i en depressiv tilstand.

Pasient D:

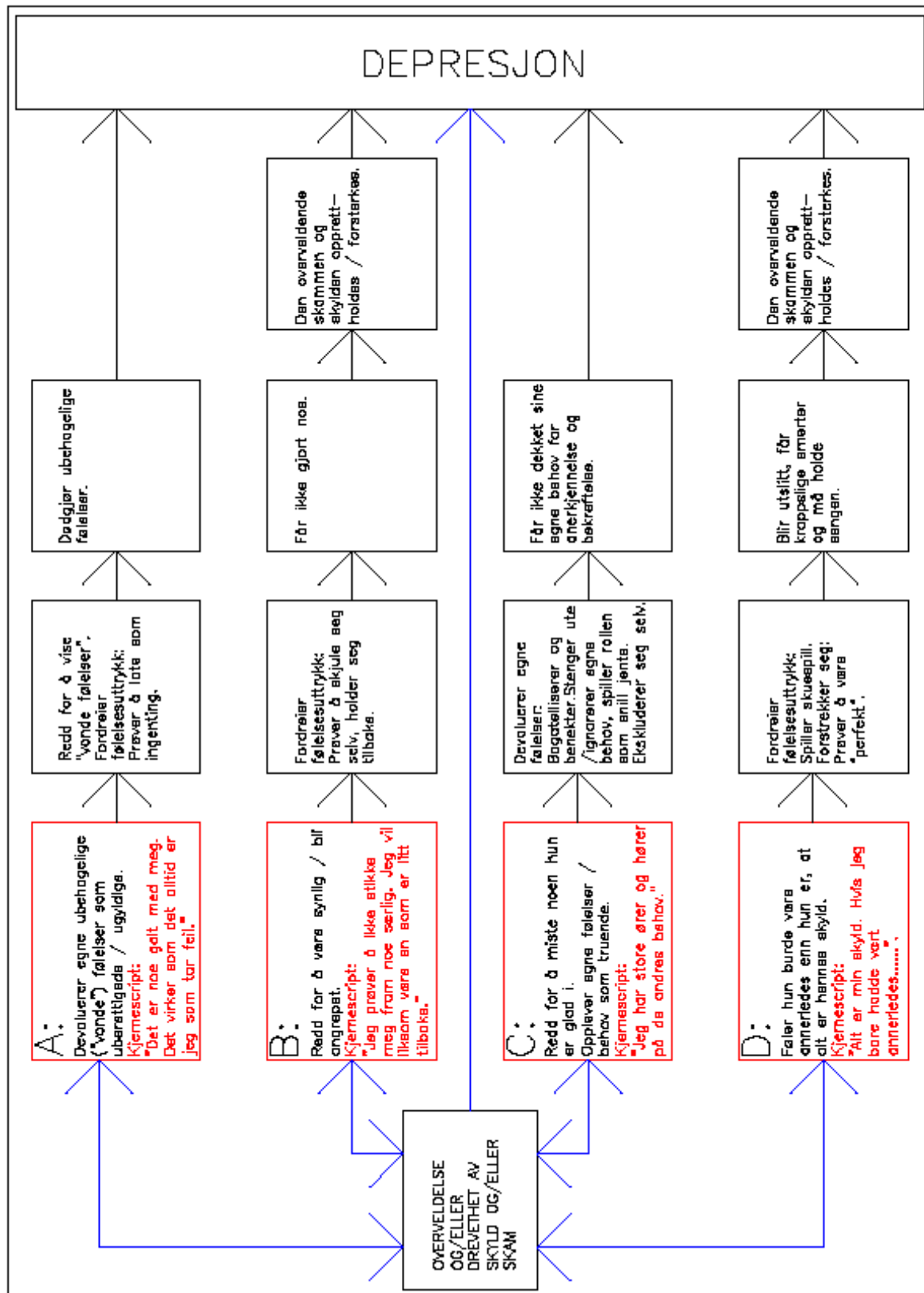
Pasient Ds kjernescript kan oppsummeres med formuleringen: ”*Alt er min skyld. Hvis jeg bare hadde vært annerledes...*”.

D føler hun burde vært annerledes, og at alt er hennes skyld. Derfor fordreier hun følelsesuttrykk, ”spiller skuespill” og prøver å opptre ”perfekt”. Dette fører til at hun forstrekker seg, blir utslitt, får kroppslige plager (smerter) og må holde sengen, noe som i sin tur opprettholder og styrker hennes skam, dårlige samvittighet og følelse av at hun burde vært annerledes. Dette synes å være hennes vei inn i depresjonen.

I modellen på neste side illustreres ovennevnte hypoteser om disse fire pasientenes respektive mønstre av affektorganisering, som kan ligge til grunn for depresjon.

Viktige fellestrekk i utvalget er markert med blå farge, mens svart og rød farge indikerer individuell variasjon.

MODELL OVER FELLESTREKK OG INDIVIDUELL VARIASJON AV AFFEKTORGANISERING HOS PASIENTENE:



4 Diskusjon

Som vist i resultatdelen, ble det funnet:

- Generelt lave skårer

- Gjennomgående lave skårer/dårlig integrerte affekter både på opplevels- og uttrykksaspektene, men noe lavere på uttrykk

- Gjennomgående dårligere integrering på ubehagelige enn på behagelige affekter, men ikke konsekvent

Følgende fem hovedtemaer ble identifisert i den tematiske analysen:

- 1) Overveldelse og/eller drevethet av skyld

- 2) Overveldelse og/eller drevethet av skam

- 3) Devaluering og fordreining av egne affekter, med underkategoriene a) Opplevelse av egen følelse som uberettiget/ugyldig, b) Bagatellisering, c) Benekting

- 4) Forsøk på å skjule eller fordreie følelsesuttrykk

- 5) Skyldfølelse gjør det vanskelig å vise sinne

4.1 Depresjon: en ”skam-/skyld-lidelse”?

At pasientene i dette utvalget var overveldet og/eller drevet på skyld og/eller skam, er i overensstemmelse med at ”følelse av verdiløshet” (skam) eller ”overdreven eller upassende skyld” er et av diagnosekriteriene (kriterium 7) for markant depresjon i DSM-IV (American Psychological Association, APA, 2000). Disse funnene samsvarer altså godt med dette aspektet ved konseptualiseringen av markant depresjon i DSM-IV.

At skam og skyld er sentrale affekter i depresjon, er blitt påpekt lenge før DSM så dagens lys. I artikkelen *Mourning and Melancholia*, sammenlignet Freud den patologiske tilstanden melankoli med normal sorg. Selv om Freud i denne forbindelse ikke eksplisitt nevner affektene skyld og skam, tyder alt på at han anså at en forstyrrelse i nettopp disse affektene er sentral ved depresjon. Han beskrev melankoli som å ha følgende kjennetegn: dypt smertefull nedslåtthet; opphør av interesse for verden utenfor; tap av kapasitet til å elske; hemning av all aktivitet; redusert selvaktelse til en grad som gir seg uttrykk i selvforakt og selvhån, og som kulminerer i vrangforestillingspregede/illusoriske forventninger om å bli straffet. Freud påpekte at med ett unntak – forstyrrelsen i selvaktelse – ble sorg kjennetegnet av de samme trekkene som melankoli (Freud, 1986). Ved melankoli representerer pasienten sitt ego som verdiløst, ute av stand til noen prestasjoner og som moralsk forkastelig. Melankolikeren forakter seg selv, bakvasker seg selv og forventer å bli utstøtt og straffet, Han ydmyker seg selv og uttrykker medfølelse med sine egne slektninger for at de er forbundet med noen så uverdig som han.

Når man leser Freuds vurdering, må man være klar over at han på dette tidspunktet ikke hadde artikulert begrepet superego ennå (Coyne, 1986).

Også mange andre teoretikere har fremhevet skam og skyld som sentrale affekter ved depresjon.

Tomkins (2008a) forstod depresjon som et skam- og sorgsyndrom (shame and distress syndrome) som også reduserer den generelle forsterkningen (amplification) av alle impulser, både nevrologisk og når det gjelder sinnsstemning.

Også Wurmser (1994) anså skyld og skam som å spille essensielle roller i depresjon. I følge ham finnes det en *depresjon fylt med skyldfølelse* og en *depresjon preget av skam*.

Wurmser (1994) beskriver imidlertid kun den skamorienterte depresjonen videre og sier at depresjon er et av symptomene på et slikt skamsyndrom. Ved denne formen for depresjon bruker bevisstheten intens ydmykelse mot selvet. Dette gir, i følge Wurmser, også et paranoid anstørk til det kliniske bildet. Når disse pasientene snakker, uttrykker de følelser enten av ekstrem mangel på engasjement eller av total verdiløshet, og de er overbevist om at alle forakter dem. Disse idéene fokuserer på andres straffende blick og pasientens eksponerte ansikt. Enhver form for nysgjerrig og eksplorerende oppmerksomhet mot verden utenfor,

inkludert å lese og lytte, og enhver form for selveksponerende aktivitet, blir avverget av skam og fordømt av samvittigheten. Slike pasienters hele eksistens kan snevres inn til følelsen av skamfull eksponering (Wurmser, 1994).

Izard (1991) fokuserte på at sinne vendt innover ofte følger skam, og påpekte at hvis selvfordømmelse blir en kronisk måte å respondere på situasjoner som utløser skam, kan man predikere depressiv symptomatologi.

Depresjon er den viktigste risikofaktoren for selvmord (Kringlen, 1997) og flere teoretikere har antydnet at det er en forbindelse mellom skam og selvmord. Lewis (1992; ref. i Trumbull, 2003) foreslo at selvmord kan påskyndes/katalyseres av ”gjentatte skampåførende møter som utsletter individets persepsjon av sin egen verdi”. I tråd med Izard (1991) spekulerte Lewis i sannsynligheten for at selvmord er ”resultatet av skam assosiert med raseri rettet innover” (Lewis, 1992: ref. i Trumbull, 2003).

Lenaars (1988; ref. i Trumbull, 2003) gjorde en omfattende analyse av avskjedsbrev fra personer som begikk selvmord som gir støtte til en hypotese om at skam kan være en essensiell affekt ved depresjon. Leenars observerte at disse personene konsistent kommuniserte et behov for å flykte fra forventet avvisning, frykt for å bli avhengig, selvnedvurdering, ydmykelse og opplevelse av seg selv som seksuelt og generelt utilstrekkelige.

I følge Schneidmann (1993; ref. i Trumbull, 2003) er skam og skyldfølelse, sammen med raseri, depresjon og ensomhet, forbundet med uutholdelig psykisk smerte og utgjør en sentral motivator for selvmord.

I innledningen ble det redegjort for Becks (2009) kognitive modell. I følge Kovacs & Beck (1986) preges deprimerte personer av negative og selvmotarbeidende (self-defeating) holdninger. Henvisningen til ”negative” holdninger (eller skjemaer), kan riktignok for det første gi mer assosiasjoner til ”kognisjon” enn til affekt, og for det andre spesifiserer det uansett ikke *hvilke* affekter som er involvert. Deres bruk av termen som *selvmotarbeidende holdninger*, kan med rimelighet antas å involvere skam og skyldfølelse, men det er uklart hva som spesifikt legges i dette.

I innledningen ble det også redegjort for den reformulerte modellen om lært hjelpeløshet, som hevder at deprimerte personer kjennetegnes av en negativ attribusjonstil. Abramson, Seligman

& Teasdale (1978; ref. i Ingram, 1984) anså at slike kausalattribusjoner blant deprimerte, er viktige etiologiske og opprettholdende faktorer i depresjon.

Fordi denne attribusjonsstilen impliserer at personen overgeneraliserer egne mangler på tvers av situasjoner, og oppfatter disse manglene som stabile, vedvarende stabile egenskaper, forårsaker det en *reduksjon i selvaktelse* (Abramson, Seligman & Teasdale, 1986). Dette kan sidestilles med *skam*. At deprimerte personer i overdreven grad bebreider seg selv for det å mislykkes med noe, og i utilstrekkelig grad tar æren for det de lykkes med (Coyne, 1986) kan videre antas å involvere overdreven *skyldfølelse*. I følge kognitive teorier, er det nettopp denne typen attribusjoner som *karakteriserer deprimerte personer*.

4.1.1 Skyld og skam: Adaptive signalfunksjoner, typiske aktiveringskilder og opplevelse

Hva kan være adaptivt ved skam og skyldfølelse?

Skamfølelsens adaptivt motiverende signalfunksjon kan være å signalisere generell normovertredelse, manglende tilpasning og tap av posisjon og status.

Typiske aktiveringskilder for skam er opplevelsen av å fremtre inadekvat, som ved normbrudd, ikke å mestre, å bli ydmyket, foraktet eller latterliggjort; å bli neglisjert eller avvist; og skuffelse over selv.

Skam oppleves typisk som en intenst høynet selvoppmerksomhet; behov for å skjule/gjemme seg; følelse av å være liten, hjelpeløs, dum og mislykket; som stivhet, rigiditet og manglende handlingsrom; og som tap av kognitiv kontroll.

Skyldfølelsens adaptivt motiverende signalfunksjon kan være å gi spesifikke normovertredelser “figur” i bevisstheten, og organisere atferd slik at skade på andre reduseres.

Typiske aktiveringskilder for skyld er situasjoner hvor en har skadet, såret eller ødelagt noe urettmessig, ikke å make noe man er ansvarlig for, å stå i gjeld og å skuffe andre.

Skyld oppleves typisk som en gnagende følelse der individet bebreider seg selv og føler behov for å rette opp feilen og gjøre det godt igjen.

(Kilde: O.-A. Solbakken, internforelesning, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 5. mars 2010).

4.1.2 Adaptivt integrert skyld og skam

Når skamfølelse er hensiktsmessig integrert, gir det individet informasjon som er relevant for egen følelse av verdi og sosial tilpasning. Det skaper konformitet og normetterlevelse i en gruppe, som er nødvendig for å kunne innordne seg i et fellesskap, og kan motivere for ønske om å bedre seg. Det øker sensitivitet overfor andres meninger, og kan fremme sosial ansvarlighet og desentrering. Overtilpasning er en fare, bl.a. fordi det kan innebære brudd i selvopplevelsen

Når skyldfølelse er hensiktsmessig integrert, gir det individet en opplevelse av lojalitet, ansvar og forpliktelser og gjør at personen opptrer samvittighetsfullt. Det fremmer personlig og sosialt ansvar, og motiverer for forsoning ved konflikter, og til å gjøre opp for seg

(Kilde: O.-A. Solbakken, internforelesning, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 5. mars 2010).

4.1.3 Maladaptivt integrert skyld og skam

Maladaptivt integrert skamfølelse kan føre til at individet overgeneraliserer ut fra en grunnleggende verdiløshetsfølelse. Denne mestringen innebærer å bli resignert og overdrevent unnvikende. Også skamløshet kan seses på som en form for maladaptiv fungering fordi den begrenser individets erkjennelse av egne feil og tilkortkommenhet.

Maladaptivt integrert skyldfølelse kan føre til at individet overgeneraliserer ut fra en overdrevent lojalitetsfølelse, med behov for å hjelpe og yte overfor andre på en måte som gjør at egne følelser, ønsker og behov alltid kommer i bakgrunnen.

(Kilde: O.-A. Solbakken, internforelesning, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 5. mars 2010).

4.2 Hva kjennetegner integrasjonen av skam og skyld i utvalget med tanke på oppmerksomhetsfunksjoner, toleranse og signalfunksjon, samt ekspressiv kapasitet?

Pasientene var overveldet og/eller drevet av skyld og/eller skam, Å være overveldet av en affekt innebærer å miste kontakten/fornemmelsen av hvem man er og en følelse av å miste kontroll. Man reagerer på hendelser og affektiv aktivering, men man mangler ”navn og nummer” på følelsen. Oppmerksomheten for affekten er for dårlig til at man klarer å identifisere affekten og skille den fra andre affekter. Man har også svært liten evne til å tåle følelsen (toleranse), noe som gjerne forårsaker et affektbrudd eller at man drives av/utagerer følelsen uten å oppleve at man har noen kontroll over dette selv. Fornemmelsen av et ”jeg” som motiveres av egne følelser forsvinner fordi man er ukjent med sin egen motivasjon. Man blir ”identisk med” følelsen, som impliserer å mangle evne til å representere seg selv eller refleksiv kapasitet.

En slik svært redusert opplevelsesmessig tilgang på en affekt vil gi en svært diffus selvopplevelse. Man klarer ikke å bruke affekten som et selvsignal som forteller en noe om egen tilstand, noe som mest sannynlig også medfører store vansker med å kommunisere følelsen til andre på en direkte, tydelig og klar måte.

Man mer globale termer kan man da snakke om det Freud (1986) kalte *egotap* eller det Miller (1991) kalte *tap av selvet*. Begge disse antok at depresjon, og psykopatologi generelt, er en følge av dårlig tilgang på egne affekter.

Funnet av en slik svært redusert opplevelsesmessig tilgang på egne affekter i denne gruppen av deprimerte individer, er i tråd med Freuds skille mellom sorg og melankoli. Freud knyttet både sorg og melankoli til tapet av et elsket objekt. (Tap kan her også forstås som å bli oversett, fornærmet eller skuffet av den elskede personen, og i følge Freud er det gjerne det det er snakk om ved melankoli, heller enn for eksempel et tap ved død). Imidlertid mente han at mens det ved sorg ikke er noe ved tapet som er ubevisst, er melankoli relatert til et objekt tap som er *trukket tilbake fra bevisstheten*. Dette impliserer i følge Freud at ved melankoli har personen lidd et *tap som gjelder hans ego*. Han uttrykte det også slik: ”In

mourning it is the world which has become poor and empty; in melancholia it is the ego itself” (Freud, 1986).

Psykoanalytikeren Miller (1991) ser ut til å beskrive det samme som Freud, bare i en lettere tilgjengelig språkdrakt: I følge henne kan depresjon forstås som et tegn på det *selvtapet* det er å *fornekte* egne emosjonelle reaksjoner og impulser. Denne fornektningen tjente opprinnelig en livsnødvendig tilpasning til foreldrene, i en barndom der *angsten for å tape deres kjærighet* var stor, og senere lever den videre i individets introjekter. Det dreier seg om personer som, på bekostning av sin selvrealisering, har måttet tilfredsstille sine foreldres ubevisste behov for ikke å miste det elskede objektet.

Med Monsens terminologi (Monsen, interforelesninger, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2010) betegnes slik mangel på opplevelsesmessig ”kontakt” med en følelse, som et *brudd i selvopplevelsen*. Når en affekt er tilstrekkelig integrert, vil den fungere som en ressurs, men når den ikke er det, vil affektiv aktivering kunne virke forstyrrende inn på selvopplevelsen. Monsen tenker seg at dette skyldes at den biologisk gitte affektkjernen som potensielt tjener en sosialt adaptiv funksjon, ikke blir integrert med kognitive og symbolske nivåer av selvorganisering (Monsen, 1997).

Affektbevissthetsmodellen antar at det å utvikle oppmerksomheten og toleransen for en dårlig integrert affekt, er nødvendig for fornemmelsen av et sammenhengende jeg, og for å oppleve en mestring og kontroll. Dersom dette mangler vil man i stedet være ”offer” for egen affekt. Man kan ikke få kontroll hvis ikke oppmerksomheten og toleransen for en affekt er rimelig god.

4.2.1 Interaksjoner mellom skam og skyld hos pasientene: Et skam-skyld-dilemma?

I datamaterialet er det indikasjoner på at flere av pasientene opplever den intrapsyriske konflikten som Wurmser (1994) kalte *skam-skyld-dilemmaet*.

Wurmser (1994) vektla at skyld alltid reflekterer en ”sårende” handling mot en annen, og derfor refererer til et uttrykk for (og misbruk av) makt, mens skam reflekterer at selvet mislykkes, og derfor et fravær eller en tilbakeholdelse av makt. I følge ham opererer skam og

skyld ofte antitetisk, dvs. verdier som styrke, makt, selvhevdelse og selvrealisering, kommer i konflikt med verdier som tilhørighet, kjærlighet, fellesskap og hensyn til andre. Å handle på tvers av førstnevnte verdisett, vekker skam, mens det vekker skyldfølelse å handle på tvers av sistnevnte. Klinisk realitet viser i følge Wurmser ofte en rask, dialektisk pendling mellom disse to affektene. Enkle eksempler på de ofte motsatte (antitetiske) funksjonene til skam og skyld er: "Hvis jeg vinner en konkurranse, føler jeg meg skyldig; hvis jeg trekker meg fra den og taper, skammer jeg meg". "Hvis jeg eksponerer meg seksuelt, blir jeg flau. Hvis jeg holder meg selv tilbake i beskjedenhet/ blyghet/ bluferdighet (modesty), sårer jeg partneren min og føler meg skyldig" (Wurmser, 1994, s. 28).

Interaksjon mellom skam og skyld hos A

Det er rimelig å anta As underliggende skam er en vesentlig del av grunnen til at hun drives av skyldfølelse til å be om unnskyldning. Stilt overfor det dilemmaet Wurmser (1994), beskrev, ser det ut til at hun hele tiden forsøker å unngå skyldfølelse gjennom å tilbakeholde eller fordreie sine egne ubehagelige affekter. Ettersom hun da handler på tvers av verdier som styrke, makt, selvhevdelse og selvrealisering, vil imidlertid dette, i henhold til skam-skyld-dilemmaet, vekke skam.

Som nevnt tidligere, vil skyldfølelse, når den er hensiktsmessig integrert, fremme personlig og sosialt ansvar, og motivere for forsoning ved konflikter, og til å gjøre opp for seg (O.-A. Solbakken, internforelesning, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 5. mars 2010).

Pasient A forteller imidlertid at "*Det virker som det alltid er jeg som tar feil; som om hvis jeg ikke ber om unnskyldning er det ingen som gjør det*". Det går også frem av datamaterialet at hennes håndtering av affekten - å be om unnskyldning "i tide og utide" – er motivert ut fra en kobling mellom skyldfølelse og redsel. Hun er "*Redd for at noen er sinte på meg*", "*Redd for å såre, gjøre andre vondt*", og "*Tenk om det skjer noe med det mennesket så jeg aldri får bedt om unnskyldning*".

I følge Izard (1991) gjør opplevelsen av skyld gjør at personen bindes til kilden for skyldfølelsen, og denne affekten avtar ikke med mindre det skjer en forsoning som tjener til å gjenopprette sosial harmoni. Skyldfølelse fungerer derfor som et signal om at en viktig tilknytningsrelasjon er truet, og motiverer individet til å forsøke å reparere skaden, og dermed opprettholde relasjonen. Ut fra det A beskriver, virker det ikke som hun har opplevd mye forsonende atferd fra familien sin. Hun beskriver også at det er "krig" i hjemmet. Det virker

som A har overkompensert for det ved å la seg drive av skyldfølelse til å forsøke å (gjen-) opprette husfreden. Selv om det også er adaptivt å få dårlig samvittighet av å såre eller gjøre andre vondt, tyder datamaterialet her på at hun ikke får brukt affektens signalverdi adaptivt fordi hun er overveldet av en angstpreget redsel for at relasjoner skal bryte dersom hun ikke påtar seg ansvaret og ber om unnskyldning raskt nok. Denne tolkningen understøttes videre av at når A intervjues om *redsel*, er en av scenene ”*Redd for at noe skal skje dem som betyr noe for meg. Angst for det*”.

Ut fra intervjumaterialet her, kan man danne en hypotese om at det hos A lett aktiveres en sterk redsel for at en relasjon er truet, og at hun, for å bevare relasjoner, er den parten som alltid må påta seg skyld og ta ansvar for å skape forsoning og harmoni.

Her er det relevant å nevne at i tillegg til hoveddiagnosen markant depresjon, fikk A den komorbide diagnosen panikk med agorafobi. Det er utenfor rammen av denne oppgaven å se på dynamikken mellom pasientenes hoveddiagnose, depresjon, og deres respektive komorbide diagnoser, men en hypotese når det gjelder A, er at hennes drevethet av skyldfølelse også er en måte å prøve å holde panikkangsten i sjakk. Imidlertid blir hun da kanksje deprimert fordi hun ikke får realisert seg selv.

Interaksjonen mellom skam og skyld hos B

I likhet med pasient A, later B til å være ”fanget” i det skam-skyld-dilemmaet som Wurmser (1994) beskrev. På grunn av sin skam over/redsel for å tre frem, trekker han seg som nevnt unna andre. Utad forsøker han også å skjule det han kjenner innvendig. Det virker plausibelt at vanskene hans med å få gjort ting, henger sammen med hans grunnleggende følelse av verdiløshet, eller med den beredskapen hans mot å bli ydmyket/sett ned på og angrepet som fører til den overveldende redselen for/skammen over å stikke seg frem. Han forteller for eksempel at han føler skam ”*Når du føler at folk ser ned på deg for et eller annet; for negative ting du har gjort*” og ”*Skamfull – det forbinder jeg med at jeg har gjort noe gærrnt*”. Redsel føler han blant annet ved tanken på ”*At folk blir sinte på meg, hvis det går på meg som person*”. En logisk implikasjon av å føle seg verdiløs, er at man ikke føler man har noen rett til å stikke seg frem eller hevde seg; at man vil mislykkes i den grad man forsøker seg på det. Bs handlingslammelse ser i stor grad ut til å kunne forklares med at han overveldes av redsel for/skam over å gjøre noe galt og gjøre andre sinte, dvs. hans manglende toleranse for disse affektene hos seg selv.

Når han ikke får gjort ting ender han som nevnt opp med å overveldes av skyldfølelse. I motsetning til de øvrige tre pasientene i dette utvalget, ser det ikke ut til at B *drives* av skyldfølelse. I stedet blir han handlingslammet, tiltaksløs. Det er rimelig å anta at dette i sin tur fører tilbake på selvfølelsen hans, slik at også den overveldende skammen hans blir opprettholdt og eventuelt forsterket på denne måten – med det resultat at det blir en ond sirkel av overveldende skam og skyld som opprettholder handlingslammelsen, som igjen opprettholder skam, dårlig samvittighet og beredskapen hans med tanke på å føle seg verdiløs og frykte krenkelser. I og med at han ikke tør å stikke seg frem, går han trolig også glipp av muligheter for å skaffe seg positive erfaringer som kunne gjort ham mindre redd for å bli angrepet.

Pasient C

I datamaterielat fremkommer det ikke opplysninger om at C opplever ovenfor beskrevne konflikt mellom skam og skyld. Som den eneste i utvalget, ble skam ikke vurdert som sentral i hennes kjernescript. I stedet ser det ut til at hun *drives* av skyldfølelse og frykt for å miste noen hun er glad i.

Interaksjon mellom skam og skyld hos D

Kjernescriptet til D illustrerer imidlertid kanskje også den pendlingen mellom skam og skyld som Wurmser (1994) påpekte er en vanlig klinisk realitet.

Mens den første delen av kjernescriptformuleringen ("*Alt er min skyld*") adresserer hennes overveldende skyldfølelse, ser den siste delen ("*Hadde jeg bare vært annerledes*"), ut til å handle mye om skam. Hun ser ut til å føle at det er selve hun som er feil: Hadde hun bare vært annerledes ville alle problemer være løst, later til å være hennes overbevisning eller attribusjonsstil og kognitive skjema. Derfor forsøker hun å forandre seg selv.

Det er nærliggende å danne en hypotese om at D forsøker å unngå skam (og skyldfølelse) gjennom å la seg drive av skyld. Det medfører imidlertid at hun forstrekker seg, blir utslitt, får kroppslige smerter og må holde sengen. Dette ser videre ut til å opprettholde/forsterke skyldfølelsen: "*at jeg ligger på sofaen, ligger i senga... og det er helt reelt at jeg er dårlig, og jeg er... syk. Når ungene da kommer hjem fra skolen og de skal møte en mor som ligger i*

senga, jeg får så dårlig samvittighet! Jeg er helt sønn... dårlig inni meg, for jeg vil så gjerne at de skal ha en mor som fungerer”.

At D, etter å ha latt seg drive av skyldfølelse, blir syk og ikke klarer å prestere, gjør henne også skamfull. Den første scenen hun nevner når hun blir intervjuet om skam, er denne: *”Ja, det å bli uføretrygdet. Det er... altså... fornuften sier noe annet, men følelsene mine... kommer det frem en og annen slags skamfølelse sønn at... ’hun klarte ikke, hun er ikke bra nok’.*

Dette er et eksempel på det som ble nevnt i innledningen om at kjernescriptet kan ses som et løsningsforsøk som, i strid med personens egen hensikt, bidrar til å opprettholde problemet. Hun forsøker å forandre seg for å bli ”bedre”, men ender opp med å slite seg ut og bli syk av det, noe som opprettholder/forsterker følelsen av at hun burde vært annerledes og ytterligere bidrar til at hun drives skyld, osv.

4.3 Den kognitive modellen i et affektbevissthetsperspektiv

I henhold til Affektbevissthetsmodellen vil de kognitive skjemaene og attribusjonene et individ har, være konklusjonen eller sluttproduktet, det vil si det som benevnes som personens script eller, hvis det er maladaptivt, kjernescript.

Funnene av overveldelse/drevethet av skam/skyld i denne studien, sammenholdt med teori og forskning presentert ovenfor, gir grunn til å reise spørsmålet om de negative skjemaene og den attribusjonsstilen kognitive teoretikere har funnet at kjennetegner deprimerte individer, er sluttresultatet av overveldelse/drevethet av skam/skyld.

Dersom dette er tilfellet, er økt oppmerksomhet og toleranse for følelsen nødvendig for å få en opplevelse av kontroll/mestring.

Et eksempel fra intervjumaterialet som denne studien er basert på, kan belyse dette nærmere: Hos pasient D var det klare indikasjoner på at hun som barn attribuerte årsaken til sin mors alkoholproblemer til seg selv. D fortalte at helt siden hun var liten, trodde hun det var hennes feil at moren drakk – at hadde hun bare vært annerledes og snillere, osv., ville moren kanskje slutte å drikke. Ds beskrivelser gir grunnlag for å anta at hun allerede som barn var

overveldet av skyldfølelse. Imidlertid hadde D selvfølgelig på ingen måte mulighet til å løse morens alkoholproblem, og hun måtte dermed nødvendigvis mislykkes i denne bestrebelsen. Dette ser ut til å ha opprettholdt hennes antakelse om at det er hennes feil, og man kan danne seg en hypotese om at dette gjorde at D fortsatte å prøve å forandre seg og å bli ”enda snillere” i håp om at dette skulle løse morens alkoholproblem – selvsagt fremdeles forgjeves. En kan forestille seg at dette ga D en følelse av aldri å være bra eller snill nok, og bidro til at hun er ble sittende fast i en implisitt antakelse om at bare hun forandrer seg og blir snillere, skal alt bli bra.

Denne antakelsen kan ha blitt generalisert og forklare hvorfor hun ikke bare forholdt seg slik til mor i oppveksten, men generelt forholder seg slik til andre mennesker i voksen alder.

Med den terminologien som brukes innenfor Affektbevissthetsmodellen, har Ds relasjonsmønster i forhold til moren sin da utviklet seg til et kjernescript, som gjør at D stadig vekk forsøker å være annerledes enn hun faktisk er. Som nevnt tidligere kan dette kjernescriptet oppsummeres med Ds egne ord: *”Alt er min skyld. Hvis jeg bare hadde vært annerledes...”*. Tendensen til fordreining som ble funnet i dette utvalget, og som for Ds del manifesterer seg i at hun til stadighet viser en annen følelse utad enn det hun faktisk har, ”spiller skuespill”, forstrekker seg og prøver å bli ”perfekt”, henger etter alt å dømme uløselig sammen med dette kjernescriptet. Sluttresultatet av disse bestrebelsene er at hun blir utslitt, får kroppslige smerter (hun har en komorbid smerteforstyrrelse) og må holde sengen. Når hun da ikke klarer å fungere, ser det ut til at dette opprettholder/forsterker hennes skam – og skyldfølelse. Dette ser ut til å være hennes vei inn i depresjon.

Ovennevnte fortolkning er i også tråd med både Becks modell og den reviderte lært hjelpeløshetsmodellen: Beck fokuserer på hvordan tidligere erfaring blir organisert, og at denne organiseringen former prosesseringen av nye hendelser/erfaringer (experiences) (Coyne, 1986). I tråd med hans forståelsesmodell og forskning som støtter den (se for eksempel Dozois & Dobson, 2001a; ref i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009; Dozois, 2007; ref i Dozois, Westra, Bieling, Patelis-Siotis, Hoar, Chudzik & McCabe, 2009), ser det ut til at D har en negativ kognitiv struktur og er fastlåst i en ”negativ loop” (Beck, 1967; ref. i Deveney & Deldin, 2006). Den reviderte lært hjelpeløshet-modellen fokuserer på hvordan denne erfaringen kan forklares og hvordan slike forklaringer er avgjørende for etterfølgende kognisjon, atferd og affekt (Coyne, 1986). I overensstemmelse med denne ser det ut til at D har en negativ attribusjonsstil (Abramson,

Seligman & Teasdale, 1986), der hun attribuerer sine mislykkede forsøk på å få moren til å slutte å drikke, til stabile og globale egenskaper ved seg selv.

Fortolkningen ovenfor er også i overensstemmelse med studier av hvordan individer attribuderer skyld: Å påta seg skyld forutsetter at individet har en årsak-virkning-oppfattelse, og nærmere bestemt at det oppfatter seg selv som årsaken til at den andre har det vondt (Zahn-Waxler, Kohanska, Krupnick & McKnew, 1990; Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner & Chapman, 1992; ref. i Ulstein, 2010). Studier har vist at barn helt ned i 1 ½ års alder oppfatter slike årsak-virkning-sekvenser (Levy, 1960; Zahn-Waxler et al., 1992; ref. i Ulstein, 2010). Imidlertid fant Zahn-Waxler og kolleger (1990; 1992; ref. i Ulstein, 2010) at barn oppfatter slike årsak-virkning-sekvenser uten å differensiere presist hvem som er årsak til virkningen, og at de har en tendens til å oppfatte seg selv som årsak til at andre har det ubehagelig selv når de ikke hadde gjort noe eller kunne gjøre noe for å hindre eller redusere ubehag.

Som det ble understreket i innledningen forstår imidlertid Affektbevissthetsmodellen følelser som primære for motivasjon og som kontinuerlig å påvirke kognisjon og atferd. Ds beskrivelser av hvordan hun som barn trodde morens alkoholproblemer var hennes feil og at problemet kunne løses gjennom å forandre seg og bli snillere, gir grunnlag for å anta at hun allerede som barn var overveldet av skyldfølelse, i tillegg til at hun som voksen er både overveldet og drevet av denne affekten.

I henhold til Affektbevissthetsmodellen blir det da essensielt å forstå hva det vil si å være overveldet av en affekt, og her spesifikt av skyldfølelse, Hvilke konsekvenser får det at pasientene er overveldet av skyld og/eller skam? Dette er det blitt redegjort for ovenfor.

4.4 Affektbevissthetsmodellens fordeler

En fordel med Affektbevissthetsmodellen, er at fordi Affektbevissthetsintervjuet kartlegger alle følelser, får man en oversikt over *hvilke* følelser som er (mest) problematiske for det enkelte individ. Som profilene til de fire pasientene i dette utvalget viser (jfr. s. 18, 19 og 20), er det, tross fellestrekk, en del variasjon i hvilke følelser som er dårligst integrert.

Et eksempel er at mens pasient (B) hadde en veldig flat profil, med den behagelige affekten glede som en av de dårligst integrerte følelsene, hadde to (C og D) konfliktunnvikende

profiler, noe som altså innebærer at ubehagelige følelser er dårligere integrert enn behagelige. Den fjerde (A) hadde også en tendens til konfliktunntvikelse, men hos henne var tristhet dårligere integrert enn både interesse og glede.

Dette indikerer at deprimerte individer ikke er en homogen gruppe og at det er viktig å undersøke hver person på alle affekter (og både på behagelige og ubehagelige sådanne) for å finne ut hvor skoen trykker (mest) for den enkelte. Affektbevissthetsintervjuet kartlegger ikke bare hvilke følelser som er problematiske (dvs. dårlig integrert) hos et individ, men også om problemet f.o.f. gjelder oppmerksomhetsfunksjoner eller ekspressivitet, og på hvilket nivå på den graderte skalaen en person befinner seg. Dette fasiliterer for eksempel å starte en behandling på det nivået en pasient befinner seg.

Dette blir en mer nyansert og konkret tilnærming enn for eksempel å anta at deprimerte personer lider av en ovredreven skam– eller skyldfølelse. Dersom det stemmer, slik Affektbevissthetsmodellen antar, at affekter har essensiell signal- og kommunikasjonsverdi og at et individs evne til å nyttiggjøre seg ulike affekters iboende signalfunksjoner er sentralt for å fungere adaptivt, impliserer det at for å endre de negative kognitive skjemaene eller attribusjonsstilen som er mye omtalt innenfor kognitiv psykologi, bør man i klinisk sammenheng jobbe med å utvikle pasientens evne til å være oppmerksom på og tåle sine egne følelser. Dette perspektivet ser ut til å være en mangelvare innenfor de kognitive depresjonsmodellene.

Det kan tenkes at konfliktunntvikende profiler med relativt høye skårer på behagelige affekter, indikerer en annen prognose og behandlingsforløp enn en ”flat” profil, fordi det er grunn til å anta at det medfører ulike former for psykologisk dynamikk. Når en pasient for eksempel har en såpass god integrasjon av en affekt som D har på ømhet (gjennomsnittsskåre 6.75) og glede (gjennomsnitt 5.50) og som C har på interesse (5.50), kan man anta at de har ressurser som for eksempel B, som hadde en svært lav skåre på glede (gjennomsnitt 2.25), ikke har. Dette kan eksempelvis tenkes å ha betydning for hvor langt tid man som terapeut må regne med at det vil ta å etablere en god allianse med en pasient, og dermed være viktig informasjon i forbindelse med planlegging av et behandlingsforløp.

4.5 Er overveldelse/drevethet av skam og/eller skyld spesifikt for depresjon?

Med et så lite utvalg som denne studien baserer seg på, er det selvsagt ikke mulig å generalisere funnene. Studier av større populasjoner av deprimerte personer er nødvendig for å finne ut hvorvidt de kan det. Denne studien kan imidlertid brukes til å danne hypoteser om mulige årsaker og mekanismer til depresjon som det er interessant å forske videre på.

I tillegg til denne studiens begrensninger knyttet til et utvalg på kun 4 pasienter, må en sammenligne affektintegrasjonen hos friske kontroller for evt. å kunne validere at lav integrasjon er et kjennetegn på psykopatologi. Dessuten må man sammenligne med studier av andre diagnostiske grupper for å få klarhet i hva som kjennetegner depresjon i forhold til andre diagnoser.

4.5.1 Skam- og skyldfølelse i andre psykiske lidelser

Ettersom dette ikke er en sammenlignende studie, sier resultatene heller ikke noe om hvorvidt overdreven skam og/eller skyld, er spesifikt forbundet med depresjon, sammenlignet med andre psykiske lidelser. Dessuten, selv om man også i større studier fant at deprimerte populasjoner er kjennetegnet av å være overveldet av skam og skyld, er det en mulighet for at dette også gjelder andre former for psykopatologi.

Når det gjelder skam, antyder kliniske observasjoner at vedvarende skam gjentatte ganger er blitt assosiert med forskjellige former for psykopatologi. Det foreligger også studier som tyder på at skam spiller en viktig rolle ved flere ulike former psykopatologi. Når det gjelder angstforstyrrelser, har forskere demonstrert assosiasjoner mellom skam og posttraumatisk stresslidelse, sosial fobi og den symptomatologien som kjennetegner obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse) Sosial fobi er blitt direkte knyttet til frykt for andres vurderinger (Trumbull, 2003). Andrews og kolleger fant i sin studie av 157 ofre for voldskriminalitet at skam var den eneste prediktoren for symptomene på posttraumatisk stresslidelse etter seks måneder når symptomer etter en måned ble kontrollert for (Andrews, Brewin, Rose & Kirk, 2000; ref. i Trumbull, 2003). I tillegg har studier hvor man så på skammens medierende rolle i spiseforstyrrelser konkludert at skam er et integrert aspekt ved slik psykopatologi (Murray, Waller & Legg (2000; Burney og Irwin, 2000, ref. i Trumbull, 2003).

Forfatteren av denne oppgaven er ikke kjent med nøyaktig hva slags medierende rolle man har funnet at skam spiller i andre lidelser, eller hvordan skammen arter seg. Empiriske studier er nødvendige for å forstå *hvordan* skam traumatiserer (Trumbull, 2003).

I følge Rehm kan selvmonitorering være maladaptiv hos deprimerte personer, ved at de selektivt legger merke til negative aspekter ved egen atferd og overser positive oppnåelser (Rehm, (ukjent årstall); ref. i Coyne, 1986). Et stort antall studier har produsert resultater som er konsistente med hans hypotese (se Kanfer & Zeiss, 1983; ref. i Coyne, 1986). I likhet med de andre kognitive teoretikerne som er blitt nevnt, nevner ikke Rehm affekter, og hvilke affekter, som er involvert i denne maladaptive selvmonitoreringen, men på bakgrunn av teori og forskning som er gjennomgått hittil, er det grunnlag for å anta at skam og skyldfølelse er sentralt. Imidlertid er det blitt reist spørsmål om mangler i selvmonitorering, selvevaluering og selvbelønning er spesifikt for depresjon (Gotlib, 1981; ref. i Coyne, 1986) og mistanken om at dette ikke nødvendigvis er spesifikt for depresjon, er i overensstemmelse med forskning som tyder på at skam er en sentral affekt ved flere former for psykopatologi,

4.5.2 Studier av andre diagnosegrupper med tanke på skam og skyld

Så vidt forfatteren av denne oppgaven kjenner til, har ingen tidligere studert differensierte affekters betydning for psykopatologi. Som nevnt tidligere, er imidlertid denne studien en del av et større prosjekt om affektorganisering og psykopatologi, der man har undersøkt affektorganisering i ulike diagnostiske grupper med samme metodikk som brukes her. Så langt er fire slike undersøkelser blitt publisert, henholdsvis av generalisert angstlidelse (Pedersen, 2010), sosial fobi (Sønderland, 2010), somatoform smertelidelse (Ulstein, 2010) og paranoid personlighetsforstyrrelse (Ulvestad, 2010). En studie av affektorganisering ved borderline personlighetsforstyrrelse er under arbeid mens denne hovedoppgaven skrives. I det følgende blir resultatene av hverværende studie diskutert opp mot resultatene av de tre førstnevnte undersøkelsene i dette forskningsprosjektet.

I Pedersens (2010) studie av åtte pasienter med generalisert angstlidelse (GAD), ble skam inkludert i kjernescriptene hos fem av dem, og hos halvparten av pasientene fant Pedersen en beredskap for ydmykelse, noe som også må antas å være nært knyttet til skam.

Skyldfølelse ble imidlertid kun inkludert i kjernescriptene til to av de åtte informantene, og synes ut fra Pedersens (2010) undersøkelse ikke å peke seg spesielt ut blant personer med GAD. Pedersens funn når det gjelder skyld og skam skiller seg dessuten fra herværende studie av deprimerte pasienter, ved at det som preget disse GAD-pasientenes organisering av disse affektene (og affekter generelt), var en *sammenblanding* med andre affekter. Særlig gjaldt dette sammenblanding av skam med redsel og tristhet, men også av sinne, interesse og skyld.

Med tanke på skam, er resultatene av Sønnerland (2010) sin studie av pasienter med sosial fobi, mer like det som ble funnet i denne studien. I et utvalg bestående av sju informanter, var samtlige kjennetegnet av overveldende eller nesten-overveldende skam.

I Sønnerlands (2010) studie ble imidlertid skammen spesifikt aktivert i sosiale situasjoner, og majoriteten av informantene blandet sammen skam og redsel. Skammen/redselen handlet gjerne konkret om redsel for å dumme seg ut, prate i forsamlinger og lignende. I herværende studie ser det ut som pasientene også ble skamfulle mer uavhengig av konkrete sosiale situasjoner. Pasient A, for eksempel, sier riktignok også at hun blir hun blir skamfull ”*I samvær med andre mennesker*”. Imidlertid blir hun også ”*skamfull pga de vonde følelsene jeg har overfor familien*”. Hennes skam er altså ikke begrenset til det andre kan se eller observere og tenke/mene om henne, men også over *sin egen følelse* som sådan. Hos A ser skam videre ut til å være knyttet til en global følelse av at noe er galt med henne. Hun forteller at ”*Jeg tror jeg blir veldig sjenert fordi jeg er redd andre skal tro det er noe galt med meg. Redd for at noen skal se skjevt på meg. Har tenkt sånn siden jeg var bitte liten, så det har blitt som en del av meg*”. Det synes å være en liten forskjell mellom dette og skam som mer spesifikt blir utløst i sosiale situasjoner og knyttes til det å risikere å dumme seg ut o.l. Selv om det handler om hennes relasjon til andre og hva andre kan tro om henne, kan det, til forskjell fra pasientene i Sønnerlands (2010) studie, virke som dette er noe hun er redd for uavhengig av om hun der og da er i en konkret sosial situasjon eller ikke.

Dette kan gi en hypotese om at skam er mer spesifikt knyttet til sosiale situasjoner hos personer med sosial fobi, enn hos deprimerte personer. Dette virker også logisk med tanke på diagnosebeskrivelsene i DSM-IV (Americakn Psychological Association, APA, 2000).

Pasient B i dette utvalget er imidlertid et unntak som ligner Sønnerlands (2010) informanter mer ved at skam synes mer spesifikt knyttet til konkrete sosiale situasjoner, nærmere bestemt til det å ”stikke meg frem” eller ”*Hvis jeg blir dratt fram på en eller annen måte*”. I likhet

med hva som var typisk for informantene i Sønderlands (2010) utvalg, var dessuten skam hos B fusjonert med redsel.

Et annet fellestrekk mellom informantene i denne studien og majoriteten i Sønderlands (2010) studie, er overveldende skyldfølelse.

I et utvalg på sju pasienter med somatoform smertelidelse, fant også Ulstein (2010) at skyldfølelse (ved siden av redsel) pekte seg ut som spesielt problematisk for samtlige. Skyldfølelse skilte seg der også eksklusivt ut ved å være koblet til mange andre affekter, og viste seg å ha både en initierende, forsterkende og opprettholdende effekt på denne pasientgruppens mest presserende affektive konflikter. For samtlige i Ulsteins utvalg var hovedkilden til skyldfølelse en generell opplevelse av *"ikke å strekke til"*, *"ikke greie å følge opp ting"* eller *"når det er mange som forventer noe"*, og Ulstein konkluderte med at pasientene organiserte selvopplevelsen sin ut fra hensynet til andre, og på bekostning av egne affektsignal, og at pasientgruppens intoleranse overfor egne følelser, syntes å være motivert nettopp av en frykt for ikke å strekke til. Orienteringen mot andres behov på bekostning av egne, har store likhetstrekk med hva som ble funnet hos pasientene i denne studien av deprimerte personer, og her er det interessant å merke seg at dette var særlig fremtredende hos de to (C og D) som hadde en komorbid somatoform smertelidelse.

Når man sammenliger denne studien med Ulsteins (2010), kan det altså synes som om pasienter med depresjon har en del felles med somatoform smertelidelse når det gjelder betydningen av skyldfølelse, og ved en orientering mot andres behov.

Ut fra Ulsteins studie (2010), ser imidlertid ikke skamfølelse ut til å ha noen sentral plass i somatoform smertelidelse. Kun hos en av informantene i herværende studie (pasient C) ble skam *ikke* vurdert som sentral, og derfor ikke inkludert i kjernescriptet. Igjen er det imidlertid den ene av de to i utvalget med en komorbid smerteforstyrrelse som i denne forstand ligner mest på informantene i Ulsteins (2010) studie.

4.5.3 Oppsummering/konklusjon vedr. forskjeller og likheter mellom depresjon og andre diagnoser når det gjelder skam og skyld

Oppsummert antyder dette både likheter og forskjeller mellom generalisert angstlidelse, sosial fobi og depresjon når det gjelder skam. Videre antyder det forskjeller mellom somatoform

smertelidelse og depresjon når det gjelder (den relative) betydningen av skyld og skam i lidelsene. Samtlige av disse studiene, baserte seg imidlertid på såpass små utvalg at resultatene ikke kan generaliseres, og forskning på store utvalg er selvsagt nødvendig for å få svar på om det kan det. For å få klarhet i forskjeller og likheter i affektintegrering og –organisering hos ulike diagnostiske grupper, er det dessuten behov for systematiske komparative studier. Komorbide diagnoser i utvalget gjør det også komplisert å vurdere hva om er knyttet til depresjon, og hva som er knyttet til tilleggsdiagnosen.

4.5.4 Pasientenes vansker med å gi uttrykk for sinne

Med tanke på disse pasientens lave integrering av bl.a. både skyld, skam, sinne og redsel, virker det logisk at det å vise sinne var svært vanskelig for dem.

Den adaptive funksjonen av sinne er bl.a. å gi kraft til tydelighet, bestemthet, stolthet, selvhevdelse og selvavgrensning. Som vist i resultatdelen fortalte tre av pasientene (A, C og D) om vansker med å vise sinne på grunn av skyldfølelse. Pasientene i dette utvalget hadde dårlig opplevelsesmessig tilgang på sinne, særlig når det gjaldt toleranse. I likhet med andre affekter, fordrer det å gi uttrykk for sinne og selvhevdelse at man har en opplevelsesmessig tilgang til affekten som er god nok til at man kan identifisere den. Den selvhevdelsen og autonomien man viser ved sinne, kan også komme i konflikt med behov for tilknytning og nærhet dersom sinnet oppleves som en trussel mot relasjonen. For å vise sinne er det derfor antagelig nødvendig med en relativt god toleranse for *redsel*, slik at man ikke blir overveldet av frykt for å miste relasjonen. I tillegg er det antagelig en forutsetning at man har en relativt god toleranse for *skyldfølelse*, slik at man ikke blir overdrevent hemmet av hensynet til hva andre måtte føle og mene. Relativt godt integrert skam er antagelig også en forutsetning. Dersom man er overveldet av skam og føler seg verdiløs, vil det antagelig komme i konflikt med å føle den berettigelsen til å ”ta plass” og stikke seg frem som det å vise sinne vil innebære. Pasientene i denne studien hadde lav integrasjon av disse affektene.

Av samme grunner kan disse pasientenes vansker med å vise sinne, i likhet med deres overveldelse(/drevethet av skyld/skam, kanskje forstås som resultat av et selvtap, der det genuine og vitale selvet ”ofres” i forsøket på ta hensyn til andre og bevare relasjoner. Pasientene ender da opp med å gå på tvers av seg selv.

4.6 Konklusjon

Pasientene i denne studien var overveldet/drevet av skyld og/eller skam. Det ser ut til at devalueringen og fordreiningen av egne følelser, og vanskene med sinne og selvhevdelse, var knyttet til overveldelsen/drevetheten av skyld og/eller skam. Imidlertid er integreringen av skam og skyld antagelig ikke tilstrekkelig til å forklare disse funnene. I stedet spiller trolig også integreringen av andre affekter en vesentlig rolle.

Hos A så det ut til at overveldende skam og skyld - en følelse av at noe var grunnleggende galt med henne og at alt var hennes skyld - samt generelt dårlig integrering av affekter, førte til at hun devaluerte og fordreide egne affekter. Skyldfølelse gjorde det vanskelig for henne å vise sinne. Dette resulterte i ”dødgjøring” av egne ubehagelige følelser, noe som gjorde henne deprimert.

Hos B så det ut til at overveldende skam og skyld førte til at han trakk seg tilbake sosialt og ikke fikk gjort ting, noe som antagelig opprettholdt/forsterket både skam- og skyldfølelse. Overveldende skam og redsel for å bli angrepet, så ut til å forårsake hans devaluering og fordreining av egne affekter. Dette til sammen så ut til å gjøre ham deprimert.

Hos C så det ut til at drevethet av overveldende skyldfølelse og redsel for å miste noen hun er glad i, gjorde at hun brukte all sin energi på å lytte til andres behov og på den måten forsøke å sikre relasjonen. Skyldfølelse så også ut til å medføre vansker med å vise sinne. Skyldfølelse, sammen med generelt lav integrering av andre affekter, så også ut til å føre til at hun bagatelliserte og benektet sine følelser og behov, spesielt for tilknytning til/omsorg fra andre. Depresjonen hennes så ut til å være en følge av at hun da ikke klarte å ivareta slike behov.

Hos D så det ut til at overveldelse/drevethet av skam og skyldfølelse gjorde at hun nesten konsekvent fordreide sine egne følelser. Skyldfølelse medførte også vansker med å vise sinne. Hennes drevethet av skyldfølelse gjorde at hun slet seg ut slik at hun ble kroppslig syk og måtte holde sengen. Dette så ut til å opprettholde/forsterke hennes skam- og skyldfølelse, og bli hennes ”bane” inn i depresjonen.

Litteraturliste

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition. Text revision DSM-IV-TR*. Arlington: American Psychiatric Association.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1986). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. I: J. C. Coyne (ed), *Essential papers on depression*, s. 259-301. New York: New York University Press.

Beck, A. & Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and treatment* (second edition). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Berk, L. E. (2003). *Child development (6th edition)*. Boston: Allyn and Bacon.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Tavostock/Routledge.

Braun, V., & Clarke. U. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101.

Coyne, J. C. (ed) (1986). *Essential papers on depression*. New York: New York University Press.

Coyne, J. C. & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.

Corveleyn J., Luyten P. & Blatt, S. J.(2005). *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model*. London: Leuven University Press.

Crawford, V. M. & Valsiner, J. (2002). Phenomenon, methodology and interpretation in the study of meaning. American women constructing themselves as mothers and career workers. *Psychology and Developing Societies*, 14 (1), 91-130.

Damasio, A. R. (2001). *Descartes' feiltakelse. Fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax.

Deveney, C.M. & Deldin, P. J. (2006). A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and non-psychiatric controls. *Emotion*, 6 (3), 429-437.

Dozois, D. J. A. , Westra, H. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S. & McCabe, K. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1078-1088.

Ekman, P. & Friesen, W. (1972). Constants across culture in the face of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.

Ekman, P. & Oster. H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, 30 (1), 527-554.

Freud, S. (1986). Mourning and melancholia. I: J. C. Coyne, *Essential papers on depression*, s. 48-63. New York: New York University Press.

Havik et al. (1995).

Ingram, R. E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8 (5), 443-478.

Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.

Izard, C.E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100 (1), 68-90.

Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 260-280.

Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C., Schulz, D. (2008) Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Child Development Perspectives*, 2, (3), 156-163.

Karterud, S. & Monsen, J.T. (red.) (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal.

Kovacs, M. & Beck, A.T. (1986). Maladaptive cognitive structures in depression. I: J. C. Coyne, *Essential papers on depression*, s. 240-258. New York: University Press.

Kringlen, E. (1997). *Depresjoner*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond.

Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2nd ed.). London: Sage Publications.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994) *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage

Miller, A. (1991). *Barneskjebner*. Oslo/Gjøvik: Gyldendal.

Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I: S. Karterud. & J. T. Monsen (red.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*, s. 90-136. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Monsen, J. (2000). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Otta: Tano.

Monsen, J. T. interforelesninger, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2010.

Monsen, K. & Monsen, J.T. (1998). *Identification of nuclear scripts based on the affect consciousness interview: A qualitative approach for capturing central organizing principles*. Manuscript presented at the annual SPR conference, Snowbird, Utah, 1998.

Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). The Affect Consciousness Interview (ACI) and the Affect Consciousness Scales (ACS): Instructions for the interview and rating. Tilgjengelig hos Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

- Pedersen, T. (2010). *Generalisert angst lidelse og affektbevissthet. En kvalitativ studie av affektiv organisering*. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Smith, A. J. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39-54.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Solbakken, O. A., internforelesning, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 5. mars 2010
- Solbakken, O.-A., Hansen, R., Havik, O. E. & Monsen, J.T. (2010). Affect integration: Validation of the Affect Consciousness Construct. Upublisert manuskript, Universitetet i Oslo/Universitetet Bergen.
- Stern, D.N. (1997). *Moderskapskonstellationen. Et helhetssyn på psykoterapi med foreldre og små barn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. N. (2002). *The first relationship. Infant and mother*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Contexts of being*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Sønderland, N.M. (2010). *A qualitative exploration of affect organization in patients with social anxiety disorder*. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.
- Teigen, K. H. (2005). Vitenskap som høflighet. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, 3, 11-13.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect imagery consciousness. Vol. 1: The positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1991). *Affect imagery consciousness. Vol. 3: The negative affects: Anger and fear*. New York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1992). *Affect imagery consciousness. Vol. 4: Cognition: Duplication and transformation of information*. New York: Springer.

Tomkins S.S. & Demos, E.V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tomkins, S.S. (1995). Script theory: The differential magnification of affect. . In E. V. Demos (Ed), *Exploring affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins* (.295-410). New York: Press Syndicate of the University of Cambridge.

Tomkins, S.S. (2008a) *Affect, Imagery, Consciousness. The Complete Edition. Volumes 1 and 2*. New York: Springer Publishing Company.

Tomkins, S.S. (2008a) *Affect, Imagery, Consciousness. The Complete Edition. Volumes 3 and 4*. New York: Springer Publishing Company.

Trumbull, D. (2003). Shame: An acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry*, 66 (1), 53-64.

Ulstein, G.-I. (2010). *Når følelser gjør vondt. En studie av affektintegrering hos pasienter med somatoform smertelidelse*. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.

Ulvestad, S. V. (2010). *Affektteori og paranoid personlighetsforstyrrelse: En utforskende analyse*. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.

Wurmser, L. (1994). *The mask of shame*. London: Jason Aronson.

Vedlegg

APPENDIX 1: SKÅRINGSKRITERIER, AFFEKTBEVISSTHET

(NB! Midlertidig versjon under revisjon - juli 2007)

SKALA 1: OPPMERKSOMHET

Oppmerksomhetsfunksjonen er utvelgende, og graderingene omhandler personens evne til å legge merke til, gjenkjenne og iaktta egne følelsesreaksjoner.

1. UTEN FOKUSERING:

- * Klarer ikke å velge ut opplevelseskvaliteter ved F.
- * Svært vanskelig for å gjenkjenne eller beskrive en situasjon hvor F forekommer, evt. kun imaginære scener.
- * Innstilthet/holdning: Aktiv uoppmerksom.

2. BRUDD I OPPMERKSOMHET

- * Brudd i oppmerksomhetsfunksjonen.
- * Relevant scene, men ingen, eller kun irrelevante kroppslige/ mentale kriterier.
- * Annen opplevelsestilstand (f.eks. depresjon) eller andre F tar konsekvent figur i Dagliglivets scener og skaper brudd i oppmerksomhetsfunksjonen. Kan kun angi relevante scener og kriterier tilbake i tid.

3. UKLAR FOKUSERING:

- * Kan velge ut F, men fokuseringen er uklar. Ikke direkte irrelevant, men kunne være andre F eller opplevelsestilstander (for eksempel depresjon).
- * Udifferensierte oppmerksomhetssignaler, f.eks. sammenblanding mellom F og den assosierte situasjonen F aktiveres i.
- * Oppmerksomhetssignalet (ene) blir konkret atferdsbeskrivelse.
- * Innstilthet/holdning: Overfladisk fokusering.

4. BEGRENSET FOKUSERING

- * Oppmerksomhet begrenset kun til ekstrem intensitet av F. (Skår 4 selv om både kroppslig og mentalt kriterium.
- * Klarer å oppnå fokusering av ett relevant kriterium for F, men blander sammen med andre F eller opplevelsestilstander.
- * Oppmerksomhet begrenset til meget sjeldne eller uvanlige anledninger. reflekterer ikke typisk funksjon i dagliglivet.

5. TYDELIG FOKUSERING:

- * Klarer å oppnå tydelig fokusering av minst en opplevelseskvalitet ved F uten å blande sammen med andre F.
- * Innstilthet/holdning: Prøver å oppnå fokusering.

6. KROPPSLIG OG MENTAL FOKUSERING

- * Minst et kroppslig konkret signal og et som beskriver mentale prosesser (tanker, stemninger, symboler). (Sjekk 4)

7. NYANSERT FOKUSERING

- * Minst tre ulike nyanser eller typer av oppmerksomhetssignaler

8. NYANSERT FOKUSERING KNYTTET TIL INTENSITET ELLER KONTEKST:

- * Tilkjenner flere gode oppmerksomhetssignaler knyttet til intensitet eller kontekst:
 - minst to ulike intensiteter som viser ulike nyanser ved F, eller vedrørende sosial kontekst:
 - ulike nyanser ved F sees i forhold til ulike kontekster uten at kontekst forstyrrer fokus på F.
- * Innstilthet/holdning: Beholder tydelig og nyansert fokus.

9. FOKUSERING, KONSENTRASJON OG ÅPENHET:

- * Kjenner mange overganger og nyanser ved F, samt viser åpenhet for variasjon og nye nyanser ved F.
Nyansekrav: Oppmerksomhetssignalene kan ligge på ulike nivåer av opplevelse som for eksempel både et konkret kroppslig og et symbolsk stemningsbeskrivende.
Åpenhet: God fokusering og samtidig åpenhet for F-signaler, f.eks. åpenhet både i forhold til seg selv og andre.
- * Innstilthet/holdning: Fokusering, konsentrasjon samt åpenhet og fleksibilitet.

SKALA 2: TOLERANSE

Toleranse omhandler personens evne til å la følelsene virke på seg, la seg bevege, og gjennom dette ta inn følelsenes stemningsmessige innhold. Toleranse for affekt er en forutsetning for å kunne dekode følelsesmessig informasjon.

1. AVSPALTER:

- * Personen opplever eller tror ikke at F har noen påvirkning. Lar F være verdiløs, og lar seg ikke bevege og påvirke av F.
- * F angår ikke personen selv i særlig grad.
- * Avspalter stemningsinnholdet, tåler ikke stemningen.
- * Personen vil på grunn av sitt manglende forhold til F kunne bli "identisk med" F når den aktiveres (jeg'et mangler et forhold til meg'et). "Laster av seg følelsen" på andre, f. eks. via emosjonell smitte og/eller projeksjon.
- * Innstilthet/holdning: "Ikke meg", eller F er verdiløs.

2. AFFEKTBRUDD, OVERVELDELSE eller UTAGERING

- * Avbrutt affekt, men ikke helt umiddelbart
- * Overveldelse: blir lammet av F eller offer for F-tilstand der en ikke kan nyttiggjøre seg motivasjonsaspektet.
- * Utagering: blir styrt av F uten å ha kontroll, drevethet
- * Aktiv avsporing, tenke på noe annet, mangler kontroll.

3. UNDERTRYKKER:

- * Kan kjenne og innrømme at F virker i seg, men prøver konsekvent å unngå denne virkningen. Sterk kontroll.
- * Lar seg lite affisere av F i intervjusituasjonen.
- * Tåler i en viss grad F. men f virker lite vedstått i personens intrapsyriske forhold til seg selv.
- * Kan la F virke på seg når alene, men andres tilstedeværelse fører til undertrykking eller brudd.
- * Innstilthet/holdning: Unngåelse, med sterk kontroll.

4. AMBIVALENT, UJEVN

- * Kan enkelte ganger la F virke på seg med adaptivt motiverende virkning, men andre ganger noe overveldet eller klar undertrykking av F.
- * Kan la F virke inn på seg, men virkningen kan evt. forstyrres av andre F
- * Kan la F virke på seg, men klart begrenset i varighet, intensitet eller kontekst.

5. AKSEPTERER:

- * Kan vanligvis kjenne virkningen, la seg bevege og kjenne seg ett med følelsesinnholdet, men ikke konsekvent.
- * Affiseres noe av F i intervjusituasjonen.
- * Innstilthet/holdning: Kan la F virke inn på seg.

6. ADAPTIVT MOTIVERENDE VIRKNING

- *F får en adaptivt motiverende eller regulerende virkning, men uten at signalverdien er klar.

7. ANERKJENNER:

- * Kan i stor grad romme virkningen av F og ta inn stemningsinnholdet.
- * Følger signalverdien eller informasjonen i F slik at følelsesinnholdet fører til hensiktsmessige handlingskonsekvenser (F gir retning til hva personen vil gjøre).
- *Bruker F som selvsignal-i betydningen: kjenner F som sin egen genuine reaksjon og tillegger F verdi.
- *Gir eller forsterker opplevelse av personlig integritet (selvagrensning).
NB! F. eks. kan god toleranse føre til at personen vil gjøre noe for å påvirke kilden til angst, skam, etc. Å følge signalverdien i F kan føre til handlinger som igjen reduserer intensiteten i F uten at dette skyldes mangel på toleranse, kanskje tvert imot.
- * Innstilthet/holdning: Tåler og rommer virkningene av F, tar konsekvenser.

8. REFLEKSJON SELV-ANDRE

- *F tydeliggjør bilde av en selv og/eller objektet for F (F reaksjonen kan tilføre informasjon om hve,m en selv/andre er.
- * Bruker F som signal og reflekterer over egne og andres intensjoner / interpersonlige motiver.

9. AKTIV VERDITILEGNELSE:

- * Åpner seg for virkningene av F og tillegger dette verdi.
- * Affektbevegelsene fører til refleksjon der f.eks. følelsen omsettes i bilder.
- * Åpenhet for virkningene på en måte som gjør at personen får nye informasjonsaspekter opp i seg.
- * F kan tilføre noe nytt eller endre forestillinger, forventninger eller trossystemer, objekter eller relasjonen selv/selv, andre/andre.
- * Innstilthet/holdning: Opplevd refleksjon - åpenhet for at F kan forandre selvets innhold, selv om dette også kan være konfliktfylt intrapsykisk eller interpersonlig.

SKALA 3: EMOSJONELL EKSPRESSIVITET

Dimensjonen emosjonell ekspressivitet handler om i hvor stor grad personen rent atferdsmessig kan gi tydelige og nyanserte følelseuttrykk i form av synlige bevegelser, mimikk, kroppsholdning, pust og stemmebruk.

Stikkord:

Vedståthet: Dvs. å kunne være seg selv utad i ulike sosiale sammenhenger.

Nyansering: Register eller bredde i nyanser av ekspressive bevegelser.

Differensiering: Variasjon i uttrykk i samsvar med ulike kvaliteter i relasjon.

1. IKKE VEDSTÅTT ELLER DIREKTE IRRELEVANT UTTRYKK:

- * Vil ikke at F skal synes, bestreber seg aktivt på avsporing, eller trekker seg fra andre/situasjonen.
- * Personen motvirker den ekspressive bevegelsen via fiksering, dødgjøring eller aktiv avsporing.
- * Benektning evt. avløst med agering eller utagering.
- * Innstilthet/holdning: Ønsker ikke/ kan ikke vise andre F.

2. AVBRUTT ELLER ELLER KUN INTENST OG UNYANSERT UTTRYKK

- * Påbegynt uttrykk avbrytes
- * Eller: Utagering/ drevethet i uttrykket, intenst, manglende kontroll
- * Andre F dominerer uttrykket.
- * Viser F kun unntaksvis, og da unyansert / utydelig
- * Innstilthet/ holdning: Ønsker ikke vise F. (Evt: Vet allikevel at og hvordan den aktuelle F vises - kan være global beskrivelse, men ikke direkte relevant.

3. LAV GRAD VEDSTÅTT / UTYDELIG:

- * Forsøk på fordreining eller forstillelse/uttrykket uklart, bremses eller intellektualiseres.
- * Andre F forstyrrer uttrykket.
- * Noe stereotyp og udifferensiert uttrykk, også m. h. t. den kontekst uttrykket hører hjemme i.
- * Kan kun vise F i ettertid, eller til andre enn objektet for F.
- * Innstilthet/holdning: F vises, men noe motvillig, til tross for. (Uttrykket kan være noe utydelig, globalt).

4. AMBIVALENT:

- * Kan enkelte ganger vedstå seg uttrykket, og da med minst et tydelig kjennetegn på hvordan F uttrykkes.
- * Vedstår kun ved høy intensitet av F, noe impulsivt drevet – tydelig uttrykk, men vanligvis konfliktfylt.
- * Mangler formidlingsønske, har enkelte ganger heller ikke noe imot at F vises.

5. VEDSTÅTT- (noe feltavhengig):

- * Kan i rimelig grad vedstå seg F utad, men dette er betinget av sosial aksept fra andre.
- * Kan vise uttrykket tydelig og med ønske om å bli oppfattet.
- * Minst et tydelig kjennetegn på hvordan F uttrykkes.
- * Innstilthet/holdning: Feltavhengighet.

6. VEDSTÅTT

- * Lite feltavhengig og tydelig vedstått, få nyanser, men klart og konkret uttrykk.

7. VEDSTÅTT OG NYANSERT:

- * Minst tre ulike nyanser eller varianter av emosjonell ekspressivitet.

8. NYANSERT UTTRYKK KNYTTET TIL INTENSITET ELLER KONTEKST

- * Stabil evne til å vedstå seg uttrykket. Tør om nødvendig å vise F relativt uavhengig av andres aksept.
- * Angir flere nyanser (minst to) betinget av variasjon i intensitet eller kontekst.
- * Innstilthet/holdning: Ønsker å uttrykke seg adekvat.

9. NYANSERT, DIFFERENSIERT:

- * Høy grad av bevegelighet, tydelighet og vedståthet med bevisst opplevelse av valg og ansvar i forhold til sitt eget F-uttrykk.
- * Personen har høy grad av bevissthet om sitt eget F-uttrykk og er samtidig oppmerksom på i hvor stor grad uttrykket når inn hos andre, eller hvordan uttrykket oppfattes av andre.
- * Innstilthet/holdning: Desentrert åpenhet.

SKALA 4: BEGREPSMESSIG EKSPRESSIVITET

Begrepsmessig ekspressivitet forutsetter på at personen har dannet seg begreper om sine følelsesmessige opplevelser. Dette omhandler bl. a. at en lærer å sortere opplevelser/erfaringer i bestemte kategorier, etter bestemte regler, og etter ulike grader av kompleksitet og nyansering. Kategoriene nedenfor baserer seg på i hvor stor grad personen kan bruke innholdsmettede, fulle og nyanserte begreper i beskrivelsen av egne følelser.

1. LØS KATEGORISERING:

- * Unøyaktig og løs klassifisering av F, lav assosiasjon til eget erfaringsinnhold.
- * Finner vanskelig verbalt uttrykk for F som kan brukes i relasjon.
- * Mangel på verbalt uttrykk eller holder F-uttrykket konsekvent tilbake.
- * Innstilthet/holdning: Ønsker ikke/kan ikke formidle F.

2. AVBRUTT ELLER KUN INTENST OG UNYANSERT UTTRYKK

- * Uttrykket avbrytes, evt. ved å snakke om noe annet
- * Utagering/ drevethet i uttrykket, intenst, manglende kontroll;
- * Uttrykker seg kun unntaksvis med grov kategorisering eller indirekte
- * Innstilthet/ holdning: Ønsker ikke å artikulere F, (Evt: vet at en glipper og må si noe allikevel.

3. GROV KATEGORISERING/ INDIREKTE UTTRYKK:

- * Konkret begrepsbruk, beskriver scene.
- * Kategoriserer F, men blander sammen med andre F.
- * Uttrykker F gjennom å karakterisere andre personer.
- * Sjablongaktig begrepsbruk.
- * Fordreining eller forstillelse
- * Kan bare fortelle om F i ettertid, eller til andre enn objektet for F.
- * Innstilthet/holdning: Unnvikende, problematisk eller litt naiv, egosentrisk.

4. AMBIVALENT

- * Kan enkelte ganger uttrykke F verbalt i relasjon (tydelig), men venter vanligvis til senere.
- * Kun vedstått artikulering av F ved høy intensitet av F.

5. KLAR KATEGORISERING, NOE FELTAVHENGIG:

- * God differensiering av klasse (F1 – F11), og assosierer denne til eget erfaringsinnhold.
- * Anvender minst ett begrepskjennetegn ved F og gir vanligvis verbalt uttrykk for F i relasjon med andre.
- * F uttrykkes i aktuell situasjon/ relasjon (venter vanligvis ikke til senere).
- * Innstilthet/holdning: Tydelig, men feltavhengig.

6. KLAR KATEGORISERING, LITE FELTAVHENGIG

- * Lite feltavhengig og tydelig begrepsbruk, men få nyanser.

7. NYANSERT OG TYDELIG BEGREPSBRUK:

- * Minst tre ulike nyanser eller varianter av begrepmessig ekspressivitet.

8. NYANSERT BEGREPSBRUK KNYTTET TIL INTENSITET ELLER KONTEKST:

- * Kan i ulike sammenhenger velge begrepsuttrykk som tilkjenner at informasjonsaspektet i F definerer kvaliteten i relasjon selv/andre/situasjon.
- * Uttrykker minst to nyanser ved F betinget av kontekst, f. eks. nære/perifere relasjoner.
- * Innstilthet/holdning: Tør bruke/vedstå seg informasjonsaspektet ved F i relasjonen.

9. HØY GRAD AV DIFFERENSIERT OG NYANSERT BEGREPSBRUK:

- * Åpne, tydelige og nyanserte begreper.
- * Viser evne til utprøving av begrepenes informasjonsverdi.
- * Kan tilpasse, og søker eventuelt å finne nye uttrykksformer (begreper, metaforer, bilder som øker sannsynligheten for at informasjonen når fram.
- * Innstilthet/holdning: Differensiert desentrering.

APPENDIX 2: KJERNESCRIPT FOR PASIENT A, B, C OG D.

Pasient As kjernescript: ”Det er noe galt med meg. Det virker som det alltid er jeg som tar feil”.

↑ ↔ (konflikt) ↓ (sekvens innen funksjon) → (sekvens over funksjoner) ≠ (brudd) X (kobling) ∞ fusjon

Affekt: Scener:	Oppmerk- somhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SKAM: Jeg tror jeg blir veldig sjenert fordi jeg er redd andre skal tro det er noe galt med meg. Redd for at noen skal se skjevt på meg. Har tenkt sånn siden jeg var bitte liten, så det har blitt som en del av meg.</p> <p>S1: I samvær med andre mennesker.</p> <p>S2: Er skamfull pga de vonde følelsene jeg har overfor familien.</p> <p>SKYLD: Det er mye.</p> <p>Det virker som det alltid er jeg som tar feil; som om hvis jeg ikke ber om unnskyldning, er det ingen som gjør det.</p> <p>S1: Hvis jeg skulle bli sint eller irritert på noen.</p>	<p>SKAM: Mentale kriterier: Sjenert. Redd for å snakke. Redd for å bli sett.</p> <p>SKYLD: Mentale kriterier: Da føler jeg meg fæl (skyld).</p>	<p>SKAM: Virkning: Jeg føler meg håpløs, utilstrekkelig. ↓ Veldig redd for at andre skal se på meg at det er noe galt med meg. →</p> <p>Håndtering: Den følelsen er jo veldig vanskelig å gjøre noe med. Den gjør meg veldig tilbakeholden. →</p> <p>SKYLD: Vedståtthet: Da angrer jeg liksom med en gang (skyld). X Redsel: Redd for at noen er sinte på meg. Redd for å såre, gjøre andre vondt. Tenk om det skjer noe med det mennesket så jeg aldri får bedt om unnskyldning. Det virker som det alltid er jeg som tar feil; som om hvis jeg ikke ber om unnskyldning så er det ingen som gjør det. Håndtering: Jeg ber om unnskyldning selv om jeg noen ganger føler jeg egentlig ikke skulle, fordi jeg hadde rett.</p>	<p>SKAM: Typisk uttrykk Den gjør meg veldig tilbakeholden.</p> <p>SKYLD: Vedståtthet: Nei, jeg gjør vel ikke det.</p>	<p>SKAM: Vedståtthet: Det er vanskelig å sette ord på.</p> <p>SKYLD: Vedståtthet: Jeg prøver å be om unnskyldning ganske fort igjen.</p>

Pasient Bs kjernescript: "Jeg prøver å ikke stikke meg frem noe særlig. Jeg vil liksom være en som er litt tilbake".

↑ ↔ (konflikt) ↓ (sekvens innen funksjon) → (sekvens over funksjoner) ≠ (brudd) X (kobling) ∞ fusjon

Scener:	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
SKAM: Generelt: Jeg prøver å ikke stikke meg frem noe særlig. Jeg vil liksom være en som er litt tilbake. Eks.: S1: Hvis jeg blir dratt fram på en eller annen måte. S2 (Imaginært): Stå på en talerstol og holde en tale til en stor forsamling., da tror jeg at jeg hadde dødd. X Redsel S3: Når du føler at folk ser ned på deg for et eller annet; for negative ting du har gjort. S4: Skamfull – det forbinder jeg med at jeg har gjort noe gærnt. REDESEL: S1: Det å ha folk rundt meg som jeg føler jeg ikke kan stole på. Eks.: I det forholdet jeg er i nå er jeg redd for hva slags person jeg egentlig er i lag med. S3: At folk blir sinte på meg, hvis det går på meg som person. S4: Kollektiv mobbing (ref. tidligere arbeidsplass). S2: Situasjoner der jeg føler meg trua. Fysisk angrep. SKYLD: S1: At jeg ikke er nok i lag med ungene mine. S2: At jeg ikke får gjort nok skolearbeid. S3: Hadde i 13 år problemer med å få ferdig gjøremål i huset mitt.	SKAM ∞ REDESEL: Kroppslige kriterier: Klumper i magen (litt annet hvis skamfull enn hvis redd). Søkk i magen, blir skjelve, får kick. Mentale kriterier: Sjenert: Du blir litt sånn redd. X Redsel Skamfull: Føler at folk ser ned på deg. SKYLD: Kroppslige kriterier: Krafttappende. Tappet for energi. Mentale kriterier: Mye å tenke på.	SKAM ∞ REDESEL: Virkning : Kjenner det innvendig: ikke vel, usikker, eller redd ↔ Vil holde seg tilbake. H: Problemer med å takle. Trekker meg unna Prøver i det lengste å ta avstand (unngå andre personer). → ↓ Eller om du er så tøff, ber om unnskyldning, beklager en handling X SKYLD: Virkning: ≠0 Vondt, kan bli ganske heavy, blir ei mare. Håndtering: Gå og tenke på alt jeg skulle ha gjort, i stedet for å gjøre det ↓ Store problemer med å få gjort det. ↓ Kverna rundt i huet på deg.	SKAM ∞ REDESEL Vedståthet: Prøver å skjule det utvendig → ↓ Noen ganger så synes det. Typisk uttrykk Klarer ikke å glise sammen med de andre. Trekker meg. Prøver i det lengste å ta avstand (unngå andre personer). ↔ X SKYLD: Vedståthet: Tror sikkert at det vises: Kjæresten så det, "hun gikk jo i det hver eneste dag". ↓ Kjæresten satte → fingeren på ting X SINNE Typisk uttrykk Det gjorde meg sint mange ganger	SKAM ∞ REDESEL Vedståthet: Jeg sier vel ikke at jeg er skamfull, kanskje, jeg veit ikke. Det kan jeg vel nå kanskje gjøre. Ja, nå kan jeg nok gjøre det; har kunnet prate litt om det (redsel) i hvert fall (tolkning: prate i ettertid om mobbingen på sin tidligere arbeidsplass). Men det er litt tøft, vanskelig å si noe om det egentlig. Typisk uttrykk Om du er så tøff, ber om unnskyldning, beklager en handling X SKYLD: Vedståthet: Jeg kunne prate med kjæresten om det ↓ Når hu var på krigsstien så brukte hu det mot meg. Typisk uttrykk Snakke om hvorfor jeg ikke gjorde det.

Pasient Cs kjernescript: "Jeg har store ører og hører på de andres behov".

(konflikt) \downarrow (sekvens innen funksjon) \rightarrow (sekvens over funksjoner) \neq (brudd) \times (kobling) ∞ fusjon

Affekt: Scener:	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SKYLD: S1: Tenke på meg selv; gjøre noe sånn at det er rett for meg; har store ører og hører på de andres behov.</p> <p>S2: Hvis ting kunne vært gjort annerledes; det var ikke bra som det var.</p>	<p>SKYLD: Kroppslige kriterier: Mye av disse følelsene er så snikete; de kan tale med andre tunger. Det er så kamuflert.</p> <p>Mentale kriterier: -det er en av de negative følelsene →</p> <p>-Tenker ”ja, men hva kan vi gjøre her for at det skal bli greit” S1: tenker ”ja, men skulle vi kanskje ikke ha gjort det likevel” →</p>	<p>SKYLD:</p> <p>Virkning: Det er en av de negative følelsene. En veldig destruktiv følelse. Jeg er nedtrykt da →</p> <p>Det blander seg med sånne negative følelser som trykker ned.</p> <p>Håndtering: hvis noen ytrer et ønske, er jeg litt for flink til å prøve å gjøre sånn at det blir greit. Sånn action-greie: ”da må vi gjøre noe for å stille det der behovet, da”. Jeg springer fra det.</p> <p>Signalfunksjon: Hvis jeg var veldig oppegående og klar, så ville den fortelle meg noen ting om kontroll.</p>	<p>SKYLD:</p> <p>Typisk uttrykk: Jeg er nedtrykt.</p>	<p>SKYLD: Vedståtthet: Jeg har kanskje ikke sagt det så mye.</p>

<p>REDSEL: S3: Miste noen en er glad i -når en vet at noen er syk -hvis noen blir for sen hjem -når telefonen ringer</p> <p>S4: Dramatiske situasjoner: -huset begynte å brenne -jeg kjørte utfor med bil</p>	<p>REDSEL: Kroppslige kriterier: Hjertebank Problemer med å sovne.</p> <p>Mentale kriterier: S4: Veldig klar i toppen Målrettet Handlingsrettet: -”Hva skjedde her?” ”da må jeg gjøre noe”, ”hva skjedde nå, bruk hodet”. Som om man får en sånn film.</p>	<p>REDSEL: Virkning: Det er ingen positiv følelse.</p> <p>S4: Veldig klar i toppen. Målrettet. Handlingsrettet.</p> <p>Håndtering: S3: (I forb. med at Ps far er syk nå): Trekt meg unna. Makter ikke å møte den engstelsen.</p> <p>Når tlf ringer: Sier til meg selv at ”det er ingen som lever lenger med å engste seg”, ”du misbruker energi, det er dumt; sløsende”, ”du går og engster deg for noe som ikke er reelt”; dette her er tull, ”Det går bra”.</p> <p>S4: Tenker ”Hva skjedde her” og ”bruk hodet”, ”jeg må gjøre noe”.</p> <p>Signalfunksjon: At man har evnen til å være tilstede i verden; at da er jeg ikke følelseskald i forhold til det som skjer.</p>	<p>REDSEL: Vedståthet: Jeg er sikkert ikke noe flink til det.</p> <p>Typisk uttrykk: Som barn: Kan hende jeg begynte å skrike.</p> <p>S3: Voldsom aktivitet, action. Mitt ansikt ble ganske stein, hvitt, ikke levende.</p>	<p>REDSEL: Vedståthet: Jeg kan si det til mannen min, men jeg er ikke så flink til å være direkte. Du kan si det veldig rundt grøten og hvis jeg ikke får respons på det, snakker jeg ikke om det.</p> <p>Typisk uttrykk: Til mannen: ”Huff jeg er nå en sånn pyse”, ”jeg er nå ikke bedre enn det, enn at...”</p> <p>Veldig omstendelig, bruker masse bilder.</p> <p>Til ungene: Forklare i ettertid at jeg kanskje var litt sur eller streng.</p>
<p>MISUNNELSE./SJALUSI:</p> <p>Sjalu er for meg kun negativt, sykkelig, kanskje noe fagfolk skal høre og se på. Det er så negativt og så skadelig, kun mørke i deg. Jeg mener at jeg ikke har det.</p> <p>Jeg vil ikke være misunnelig fordi det er nok til alle.</p> <p>Jeg klarer ikke å identifisere meg med å ha F.</p> <p>S1: Hvis det er områder som føles sår for meg, f.eks..har jeg hatt en mamma som har vært syk siden jeg var liten og aldri hatt den der voksne å kunne gå til og spørre. Takler ikke å være sammen med noen som har familien sin i samme by.</p>	<p>MISUNNELSE/SJALUSI:</p> <p>Kroppslige kriterier: Det trykker på Det er sårt</p> <p>Mentale kriterier: Det synliggjør for meg, eller minner meg på, det i mitt liv som ikke er der, som jeg savner: ”Må du bringe det på bane?” →</p>	<p>MISUNNELSE//SJALUSI: Virkning:</p> <p>Kan kjenne at det er tøft å være her alene og ikke ha familien i nærheten.</p> <p>Håndtering: Da kan jeg trekke meg bort.</p> <p>Det gjør meg mye bedre å være sammen med mennesker som er i samme livssituasjon, der de ikke har masse familie rundt seg.</p> <p>Signalfunksjon: Jeg synes ikke den er noe konstruktiv i det hele tatt.</p>	<p>MISUNNELSE/SJALUSI:</p> <p>Vedståthet: (P svarer ikke direkte på spørsmålet, men beskriver at hun helst unngår situasjoner som kan vekke F).</p>	<p>MISUNNELSE./SJALUSI:</p> <p>Vedståthet: Nei, jeg ville ikke brukt det ordet (misunnelig/sjalu). Jeg klarer ikke å identifisere at det er det. I mitt hode er det noe annet.</p> <p>Typisk uttrykk: Jeg ville sagt ”å, gud, ja, dere er så heldig som har familie”. ”Dere skulle ha visst at dere er heldig” (hvis noen sitter og puster og peser).</p>

Pasient Ds kjernescript: ”Alt er min skyld. Hvis jeg bare hadde vært annerledes...”.

↑ ↔ (konflikt) ↓ (sekvens innen funksjon) → (sekvens over funksjoner) ≠ (brudd) X (kobling) ∞ fusjon

Affekt: Scener:	Oppmerk- somhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SKAM: Jeg tror det er en følelse som har en stor plass i livet mitt.</p> <p>S1: Det å bli uføretrygdet.</p> <p>S2: At hjemme ikke var sånn som andre steder. At jeg hadde en mor som var annerledes og oppførte seg helt sprøtt av og til blant andre folk.</p> <p>S3: Hvis jeg står sammen med mannen min og andre ser at han drikker.</p> <p>S4: At jeg oppdaget at datteren var blitt mobbet på skolen over lengre tid, og jeg som pedagog og mor ikke hadde merket det og visst hvor galt det var.</p> <p>S5: Hvis noen har noe å utsette på meg; hvis det jeg har gjort ikke er bra nok.</p> <p>SKYLD: Alt og ingenting. Det er en svær følelse som på en måte tar tak i hele meg. Og jeg holder på å ende her. Alt! Og alt. Jeg får dårlig samvittighet for alt. Den er der nesten hele tiden Det er på en måte en følgesvenn som går ved meg. Av de følelsene vi har tatt med nå, så er det den som er der mest konstant.</p> <p>S1: At jeg ligger på sofaen, i senga, og det er helt reelt at jeg er dårlig, jeg er syk, Når ungene da kommer hjem fra skolen og de skal møte en mor som ligger i senga.</p> <p>S2: For at jeg ikke strekker til som mor, som kjerring, ja, det meste.</p>	<p>SKAM: Mentale kriterier: Den er i alle fall negativ. Lav(?)</p> <p>SKYLD: Kroppslige kriterier: Den er lav. Inni her.</p>	<p>SKAM: Håndtering: Tror jeg beholder den.</p> <p>Sørger for at ting er så perfekt som mulig.</p> <p>Signalfunksjon: At jeg har opplevd ting veldig tidlig, at den følelsen var ikke god da, og den er ikke god nå.</p> <p>SKYLD: Virkning: Jeg er helt dårlig inni meg. Jeg vil ikke ha den.</p> <p style="text-align: center;">≠</p> <p>Håndtering: En evig runddans : Jeg strekker meg langt utenfor grensene der kroppen sier fra at jeg ikke burde gjøre ting. Jeg gjør det allikevel →</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Så blir jeg dårlig ↓</p> <p>Så får jeg dårlig samvittighet for det også.</p> <p>Kan gå gjennom samtaler om og om igjen: ”gud, var det dumt sagt?”</p> <p>Signalfunksjon: At realiteten er at du hadde gjort noe galt. At det er noe jeg må ordne opp i.</p> <p>Når jeg er sint på ungene av feil grunn: ”Ok, her kanskje du kunne gjort litt annerledes”.</p>	<p>SKAM: Vedståttthet: Nei, den (F) er min.</p> <p>Jeg er blitt innpodet at dette snakker en ikke om (S2).</p> <p>Jeg tror jeg er en ganske god skuespiller akkurat på det området.</p> <p>Typisk uttrykk: Det vet jeg ærlig talt ikke</p> <p>SKYLD: Vedståttthet:</p> <p style="text-align: center;">≠</p> <p>Jeg viser andre følelser enn skyldfølelse. ↓</p> <p>Typisk uttrykk Jeg kan bli irritabel, jeg kan bli sint.</p> <p>Den reelle skyldfølelsen: Kanskje jeg kan vise det ved å være ekstra snill med den personen.</p>	<p>SKAM: Vedståttthet: Det tror jeg er ytterst sjelden.</p> <p>Typisk uttrykk Nei, jeg har ikke noe ord for det.</p> <p>SKYLD: Vedståttthet: Hvis skyldfølelsen er reell: Jeg kan be om tilgivelse i forhold til ungene mine, i forhold til mannen min og faktisk til de utenfor også.</p> <p>Typisk uttrykk: Hvis skyldfølelsen er reell: ”vet du hva, det jeg sa der, og huff, jeg har tenkt sånn på det, det var dumt sagt”.</p> <p>”Det var ikke akkurat sånn jeg mente det”, prøve å forklare, be om tilgivelse.</p> <p>”Vet du hva, mamma er så lei seg og har dårlig samvittighet fordi at det jeg gjorde, eller det jeg sa der, det var ikke helt rett”.</p>

APPENDIX 3: DIAGNOSEKRITERIER FOR MARKANT DEPRESSIV EPISODE

- A. 5 eller fler av følgende symptomer har vært til stede under den samme 2-ukersperioden og representerer en forandring fra tidligere fungering; minst én av symptomene er enten (1) depressiv sinnssstemning (nedstemthet) eller (2) tap av interesse eller glede.

Merk: Inkluderer ikke symptomer som klart skyldes en generell medisinsk tilstand, eller illusjoner eller hallusinasjoner som er uoverensstemmende med sinnssstemningen.

- (1) Depressiv sinnssstemning mesteparten av dagen, nesten hver dag, enten på bakgrunn av subjektive utsagn (f.eks "føler seg trist eller tom") eller observasjon gjort av andre (dvs "virker gråteferdig"). **Merk:** Hos barn og unge kan det være irritabel sinnssstemning.
 - (2) Tydelig minsket interesse eller glede ved alle, eller nesten alle, aktiviteter mesteparten av dagen, nesten hver dag (på bakgrunn av enten subjektive utsagn eller observasjon gjort av andre).
 - (3) Betydelig vekttap uten å gå på diett eller vektøkning (f.eks en forandring på mer enn 5 % av kroppsvekten på en måned), eller øket eller minsket appetitt nesten hver dag. **Merk:** Hos barn må manglende normal vektøkning tas i betraktning.
 - (4) Insomnia eller hypersomnia nesten hver dag.
 - (5) Psykomotorisk agitasjon eller retardasjon nesten hver dag (observerbar av andre, ikke bare subjektive følelse av uro eller matthet).
 - (6) Tretthet eller energitap nesten hver dag.
 - (7) Følelse av verdiløshet eller overdreven eller upassende skyld (som kan være illusorisk) nesten hver dag (ikke begrenset til selvforakt eller skyldfølelse over å være syk).
 - (8) Redusert evne til å tenke eller konsentrere seg, eller ubesluttksomhet, nesten hver dag (enten ved subjektive utsagn eller observasjon gjort av andre).
 - (9) Tilbakevendende tanker på døden (ikke bare redsel for å dø), gjentatte selvmordstanker uten en konkret plan, eller et selvmordsforsøk eller en konkret plan for å begå selvmord.
- B. Symptomene fyller ikke kriteriene for blandet depressiv episode.
- C. Symptomene forårsaker betydelig klinisk plage eller svekkelse innen sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder.
- D. Symptomene skyldes ikke direkte fysiologiske effekter av et stoff (f.eks ved stoffmisbruk, en medisinerings) eller en generell medisinsk tilstand (f.eks hypothyroidisme).
- E. Symptomene kan ikke forklares bedre av tap (f.eks etter tap av en elsket person). Symptomene vedvarer lengre enn 2 måneder eller karakteriseres av betydelig funksjonssvekkelse, sykelig opptatthet av å være verdiløs, selvmordstanker, psykotiske symptomer eller psykomotorisk retardasjon.

